

2 La struttura e le attività del SSN

di Attilio Gugiatti, Simone Manfredi, Natalia Oprea, Agnese Palvarini¹

2.1 Premessa

Il capitolo dipinge un quadro complessivo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano, della sua organizzazione e delle sue attività, con un'attenzione particolare ai cambiamenti che ne hanno caratterizzato l'evoluzione negli ultimi anni. Inoltre, il contributo presenta un confronto internazionale sulla struttura dell'offerta, sull'utilizzo di beni e servizi e sull'appropriatezza delle cure in alcuni sistemi sanitari di Paesi europei ed extra europei.

Il modello di analisi adottato è quello economico aziendale, come descritto nel capitolo 1 del Rapporto OASI 2012 (Anessi Pessina e Cantù, 2012). Gli elementi approfonditi sono i seguenti:

- ▶ gli assetti istituzionali dei singoli Servizi Sanitari Regionali (SSR), vale a dire (i) numerosità e tipologia delle aziende e (ii) profilo dei Direttori Generali (§2.2);
- ▶ gli input, cioè le risorse disponibili secondo le scelte di assetto tecnico (configurazione fisico-tecnica delle aziende) e di dimensionamento dell'organismo personale in termini quali-quantitativi (§2.3);
- ▶ i dati di output in termini di tipologia, volume e qualità delle prestazioni erogate (§2.4);
- ▶ il confronto internazionale in termini di struttura dell'offerta, personale e attività dei sistemi sanitari (§2.5);
- ▶ povertà e povertà sanitaria: una rassegna (§2.6).

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune di ricerca, il § 2.2 è da attribuirsi a Simone Manfredi e Natalia Oprea, il § 2.3 è da attribuirsi ad Agnese Palvarini e Natalia Oprea, il § 2.4 è da attribuirsi a Simone Manfredi e Natalia Oprea, il § 2.5 è da attribuirsi a Simone Manfredi, il § 2.6 è da attribuirsi ad Attilio Gugiatti. Si ringrazia Claudio Buongiorno Sottoriva per il prezioso contributo nella stesura del par. 2.3.3.

Inoltre, il §2.7 presenta un glossario per aiutare il lettore nella terminologia adottata dagli autori.

Le fonti del capitolo sono così riassumibili²:

- ▶ dati pubblicati dal Ministero della Salute attraverso: i) l'elenco delle Aziende sanitarie locali (relativi agli anni tra il 1997 e il 2024) e delle Strutture di ricovero (relativi agli anni tra il 1997 e il 2024); ii) l'Annuario statistico del SSN (1997-2022); iii) il dataset relativo alla dotazione di posti letto per struttura ospedaliera, per stabilimento ospedaliero e disciplina (2010-2022); iv) il Rapporto SDO (1998-2022);
- ▶ dati pubblicati dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali relativi all'attuazione del DM n. 77;
- ▶ dati pubblicati dal Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato nel Conto Annuale, rilevazione censuaria sulle amministrazioni pubbliche (ultimo anno disponibile: 2022);
- ▶ dati pubblicati dall'OECD nel 2024 (ultimo anno disponibile: 2022).

2.2 Gli assetti istituzionali

L'autonomia delle regioni italiane nello stabilire la struttura del proprio servizio sanitario si è manifestata attraverso scelte molto diverse, creando una notevole eterogeneità tra le varie regioni in termini di: (i) numero e dimensione media delle ASL e delle AO; (ii) numero di presidi ospedalieri lasciati alla gestione diretta delle ASL; (iii) presenza di istituti diversi da ASL e AO nel gruppo sanitario pubblico regionale. La classificazione attualmente adottata³ prevede la ricognizione di tutti gli enti pubblici che compongono il SSR, distinguendo da una parte le aziende erogatrici di servizi come le aziende territoriali e ospedaliere, le Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) lombarde

² In tutto il capitolo, si adotta la suddivisione ISTAT del territorio nazionale: il Nord comprende Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Province Autonome di Trento e Bolzano, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna; del Centro fanno parte Toscana, Umbria, Marche, Lazio; il Sud e le Isole comprendono Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna.

³ A partire dal 2017, si è deciso di ripartire dalla definizione dei requisiti imprescindibili per le Aziende Sanitarie Locali facendo riferimento al D.lgs. 229/99. Il decreto stabilisce che le regioni sono responsabili di individuare « [...] l'articolazione del territorio regionale in unità sanitarie locali (poi rinominate aziende all'art. 3, ndr), le quali assicurano attraverso servizi direttamente gestiti l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera [...]». Pertanto, le aziende sanitarie territoriali sono responsabili di una specifica area territoriale, e hanno l'obbligo di mantenere i LEA e di erogare servizi direttamente. In considerazione di questi elementi, si è deciso di aggiornare l'analisi longitudinale del numero di aziende territoriali e di introdurre, a partire dai dati 2016, una differente classificazione delle rinnovate aziende e agenzie lombarde.

e l'aggiunta di tre raggruppamenti: IRCCS pubblici (comprese le Fondazioni IRCCS), Aziende ospedaliero-universitarie integrate con il SSN (ex Policlinici Universitari pubblici) – e le altre entità che svolgono funzioni intermedie. Gli enti intermedi sono quelle forme che vanno progressivamente popolando lo spazio tra l'Assessorato regionale e le aziende sanitarie e influenzano come queste ultime operano. Nel conteggio di questi enti sono stati inclusi solo quelli che occupano esclusivamente delle attività del SSR e quindi sono strettamente collegati alla riorganizzazione della sanità regionale⁴.

Per le attività di programmazione e analisi, le regioni italiane si organizzano attraverso diversi apparati amministrativi, spesso istituendo un'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR). Attualmente, sei regioni dispongono di un'ASR come parte dell'Assessorato o del Consiglio regionale: Toscana, Marche, Abruzzo, Puglia, Sardegna e Lombardia⁵. È importante notare che altre regioni, come Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Umbria, Veneto, Lazio, Campania e Liguria, hanno invece eliminato la propria Agenzia⁶ negli ultimi due decenni, decidendo di trasferire le sue funzioni alle Direzioni Regionali competenti. L'ultima modifica in questa direzione è avvenuta in Emilia-Romagna che ha recentemente riorganizzato le sue strutture tecnico-amministrative, sopprimendo l'Agenzia sanitaria e sociale regionale⁷. Le modifiche includono anche l'istituzione di un nuovo Settore dedicato all'innovazione nei servizi sanitari e sociali, al fine di potenziare l'assessorato regionale. Queste configurazioni regionali riflettono diversi approcci nell'organizzazione e nel coordinamento delle strutture sanitarie regionali, ciascuno con il proprio modello di governance.

Nel contesto dell'organizzazione degli assetti istituzionali dei Servizi Sanitari Regionali (SSR), va sottolineato l'interesse crescente di numerose regioni verso la costituzione di enti intermedi. Attualmente, se ne contano 20, che possono essere differenziati in base ai ruoli e alle responsabilità assegnate. Alcuni esercitano funzioni di governo, come la pianificazione e la programmazione operativa. Altri svolgono funzioni di supporto amministrativo e/o operativo, come la distribuzione delle risorse nel sistema, al coordinamento e monitoraggio delle attività (Del Vecchio e Romiti, 2017).

⁴ Nonostante la rilevanza delle funzioni svolte per il settore sanitario, alcuni enti presenti sul territorio regionale (es. Aria in Lombardia, Intercenter in Emilia-Romagna e So.Re.Sa in Campania) sono stati esclusi perché non operanti esclusivamente in sanità, ma anche per altri soggetti come i Comuni.

⁵ L'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo (ACSS), costituita nel 2016 e formalmente prevista dalla legge regionale del 2015, ha il compito di coordinare i controlli a livello territoriale, valutare la correttezza delle procedure di gare aggregate e definire sistemi precisi di monitoraggio delle performance.

⁶ Rispettivamente, con L.R. 12/2009, L.R. 18/2012, L.R. 18/2012, L.R. 46/2012, L.R. 4/2013, L.R. 20/2015 e L.R. 17/2016.

⁷ Delibera Giunta Regionale n. 325 del 7/03/2022, Delibera Giunta Regionale n. 1615 del 28/09/2022.

Nel panorama dei vari SSR possiamo distinguere 3 «macro-tendenze». La prima si è manifestata attraverso un sistema commisto di enti con funzioni di governo insieme ad enti principalmente con funzioni di coordinamento. Un esempio è la riforma sanitaria della L.R. 23/2015 in Lombardia, dove, oltre alle ATS (Agenzie di Tutela della Salute), che esercitano funzioni di governo e rappresentano un livello intermedio tra il governo della Regione e le ASST (Aziende socio-sanitarie territoriali), sono presenti due ulteriori enti intermedi senza funzioni di governo ma principalmente con funzioni di coordinamento, promozione e vigilanza (AREU – Agenzia Regionale Emergenza Urgenza e l’Agenzia di Controllo – ACSS).

In seguito, altre regioni hanno adottato scelte diverse per riformare il proprio sistema sanitario. Ad esempio, la Liguria, con la L.R. 17/2016 ha istituito A.Li.Sa. (Azienda Ligure Sanitaria), e il Veneto, con la L.R. 19/2016, che ha ridotto il numero di ULSS da 21 a 9 e istituito l’Azienda Zero. Più recentemente, anche il Lazio e il Piemonte hanno intrapreso una via simile con la creazione rispettivamente dell’Azienda Lazio.0 (L.R. 17/2021) e dell’Azienda Zero (L.R. 26/2021). A partire dal 2019, Friuli-Venezia Giulia, con la L.R. 27/2018, ha istituito l’ARCS (Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute) che ha ampliato il ruolo all’interno del SSR. Come emerge dalla Figura 2.1 gli enti sopracitati svolgono sia un ruolo di governo sia di supporto amministrativo e operativo.

Infine, altri sistemi si sono dotati di attori intermedi che svolgono attività di supporto amministrativo e operativo nelle regioni, mentre le funzioni di governo sono rimaste allocate a livello regionale. Oltre ai già citati enti intermedi lombardi, citiamo l’Estar toscano (Ente di supporto tecnico amministrativo regionale), l’ARES 118 (Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118) del La-

Figura 2.1 **Assi di sviluppo degli enti intermedi**

Supporto amministrativo e operativo	Sì	<ul style="list-style-type: none"> – Agenzia dei controlli (Lombardia) – Agenzia di promozione del SSL (Lombardia) – AREU (Lombardia) – Estar (Toscana) – CRAS (Umbria) – ARES 118 (Lazio) – AREUS (Sardegna) 	<ul style="list-style-type: none"> – A.Li.Sa (Liguria) – Azienda Zero (Veneto) – ARCS (Friuli Venezia Giulia) – ARES (Sardegna) – Azienda Zero (Piemonte) – Azienda.0 (Lazio)
	No		<ul style="list-style-type: none"> – ATS (Lombardia)
		No	Sì

Funzioni di governo

Fonte: Elaborazione OASI a partire dal riadattamento di Del Vecchio e Romiti (2017)

zio, l'AREUS (Azienda regionale per le emergenze-urgenze sarda) e la CRAS (Centrale Regionale di Acquisto per la Sanità) umbra.

2.2.1 Le aziende del «gruppo sanitario pubblico regionale»

La Figura 2.2 presenta un quadro generale delle principali aziende nei sistemi sanitari regionali: ASL (e ASST), AO, Aziende Ospedaliero-Universitarie integrate con il SSN, IRCCS Pubblici aggiornato a giugno 2024⁸.

Diverse ondate di riforme, iniziate nei primi anni '90, hanno avuto come conseguenza il riassetto dei SSR e la riduzione, a livello nazionale, del numero di aziende sanitarie territoriali. Nell'arco di poco più di due decenni osservati, il numero delle aziende è diminuito da 197 nel 2001 a 128 nel 2024 (Figura 2.3). Durante questo periodo, molte regioni hanno avviato processi di fusione con l'obiettivo di cercare le dimensioni istituzionali ottimali per le proprie aziende sanitarie. La prima accelerazione di queste fusioni si è verificata tra il 2007 e il 2012, soprattutto nelle regioni soggette ai Piani di Rientro (PdR), dal momento che l'accorpamento di aziende è stata tre le misure previste in quasi tutti i PdR (Cuccurullo 2012)⁹. Nella seconda ondata, tra 2015-2017, i riordini dei SSR sono seguiti nelle regioni del Centro-Nord Italia. Tuttavia, negli ultimi tre anni, è stata osservata un'inversione di tendenza limitata ad alcune regioni medio-piccole. L'ultima modifica è stata introdotta dalla riforma della sanità nella Regione Marche, che istituisce 5 Aziende Sanitarie Territoriali al posto della precedente ASUR.

In seguito ai vari processi di riordino, ora esistono numerosi modelli regionali con diverse configurazioni istituzionali e architetture di gruppi sanitari pubblici a livello regionale. In alcune regioni di dimensioni limitate e/o con bassa densità abitativa (come Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento¹⁰, Provincia Autonoma di Bolzano e Molise), sono state create ASL (Aziende Sanitarie Locali) uniche. Nelle altre regioni, le ASL tendono a coincidere con le unità provinciali¹¹, con alcune eccezioni dove esistono ASL che coprono bacini d'utenza pluri-provinciali, e la Lombardia, dove sono presenti diverse ASST con confini sub-provinciali. Sempre in Lombardia, nel corso del 2023, il numero di ASST è passato da 27 a 26 a causa della trasformazione dell'ASST

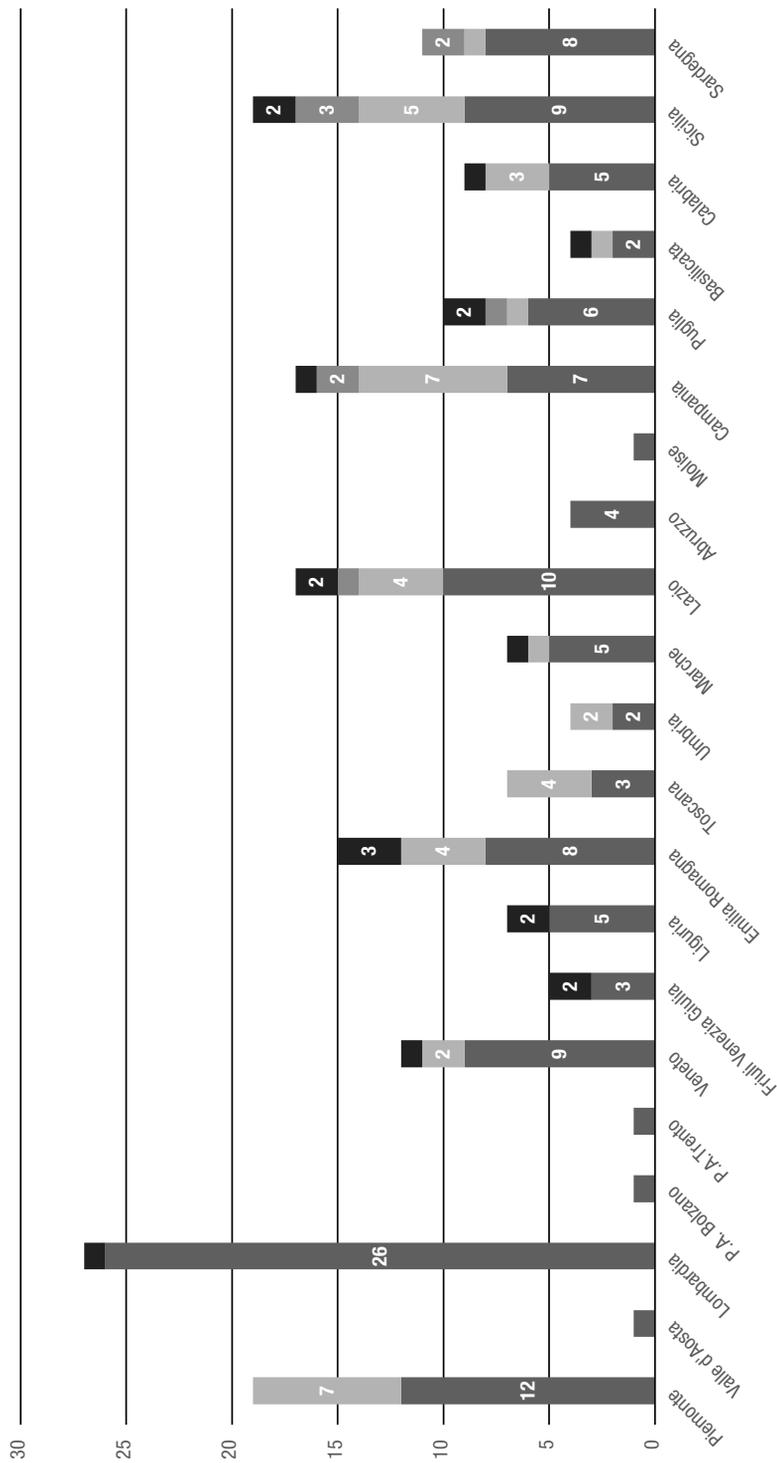
⁸ I dati aggiornati al 2024, disponibili sul sito del Ministero della Salute, riguardano esclusivamente le ASL. Per quanto riguarda le strutture di ricovero, le informazioni disponibili sono aggiornate al 2023. Nelle Figure 2.2 e 2.3, l'aggiornamento dei dati al 2024 è frutto di un'elaborazione realizzata dagli autori sulla base dell'evoluzione normativa regionale.

⁹ Tra le più drastiche dinamiche di accorpamento nell'ambito dei PdR di quel lustro si ricordano la riduzione delle ASL calabresi da 11 a 5 (tra il 2007 e il 2012) e la diminuzione delle AO siciliane da 16 a 5 (2009).

¹⁰ Valle d'Aosta e Provincia Autonoma di Trento presentavano ASL uniche già nel 2001.

¹¹ Anche in alcune regioni in cui la ASL coincide tendenzialmente con la provincia si contano alcune aziende sub-provinciali: Emilia Romagna, Friuli VG, Liguria, Piemonte, Veneto.

Figura 2.2 Ricognizione degli enti pubblici dei SSR (2024)



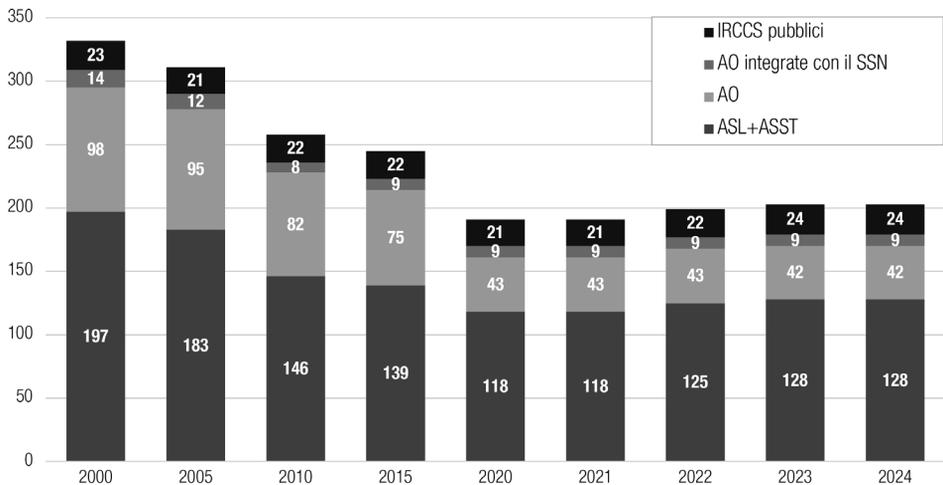
■ ASL+ASST ■ AO (*) ■ AO integrate con l'Università ■ IRCCS pubblici (**)

(*) Per AO si intende la somma delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università.

(**) In questa rappresentazione gli IRCCS pubblici sono al netto delle Fondazioni IRCCS per una maggiore comparabilità. Tuttavia, va precisato che in Lombardia le cinque Fondazioni IRCCS sono da considerarsi parte integrante delle strutture di ricovero pubbliche, portando quindi il numero da 19 a 24 IRCCS sul territorio nazionale.

Fonte: OASI 2024

Figura 2.3 **Aziende d'erogazione pubbliche del SSN, per anno e tipo di azienda (2001-2024)**



Fonte: OASI 2024

di Monza in Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCSS) San Gerardo dei Tintori.

Anche le AO sono diminuite attraverso una serie di accorpamenti e riattribuzioni alle ASL in qualità di presidi, passando dalle 97 del 2001 alle attuali 42 (-57%)¹². L'ultima modifica è stata adottata nella Regione Piemonte, dove con l'atto della giunta regionale¹³, a partire dal 1° gennaio 2024 è stata costituita l'AO «Ospedale Infantile Regina Margherita» di Torino, precedentemente nell'AO «Città della Salute e della Scienza».

Una conseguenza della progressiva riduzione del numero di aziende è stata la loro crescita dal punto di vista dimensionale, con una popolazione media per ASL pari a 458.792 utenti a gennaio 2024¹⁴. La Regione con la popolazione media più elevata è la Toscana (1.221.599 abitanti), seguita da Campania (798.582) e Puglia (648.375). La popolazione aziendale media più bassa, invece, si registra nella Regione più piccola in termini di dimensioni e numero di abitanti (Valle d'Aosta – 123.018 abitanti). Insieme alla Valle d'Aosta, Sardegna (196.229), Basilicata (266.818), Molise (289.443) e Marche (296.885) sono le regioni con una popolazione aziendale media inferiore ai 300.000 abitanti.

¹² Tale numero risente ovviamente della nuova classificazione adottata a partire dall'edizione 2017 del Rapporto, che ha previsto lo spostamento delle ASST e delle ATS rispettivamente nel computo delle aziende territoriali e in quello degli enti intermedi.

¹³ D.P.G.R., 28 dicembre 2023, n. 61, della Regione Piemonte

¹⁴ La base di calcolo è costituita dai dati forniti dal Bilancio Demografico ISTAT per il 31 gennaio 2024.

Rispetto agli anni precedenti, la situazione è tuttavia differente e mostra un progressivo aumento del numero di regioni con bacini di utenza dimensionali più contenuti. Nel 2021, erano solo due le regioni con una popolazione media per ASL inferiore ai 300.000 abitanti, ovvero Valle d'Aosta e Basilicata.

Gli enti pubblici dei SSR includono anche le Aziende Ospedaliero-Universitarie integrate con il SSN (ex Policlinici Universitari pubblici) e gli IRCCS Pubblici. Attualmente, ci sono 9 Aziende Ospedaliero-Universitarie concentrate principalmente nel Centro e Sud Italia, e 19 IRCCS pubblici¹⁵, escluse le 5 Fondazioni IRCCS pubbliche con sede in Lombardia, che insieme portano il numero totale degli istituti di ricerca a 24 sull'intero territorio nazionale.

2.2.2 I Direttori Generali delle aziende sanitarie pubbliche

Il presente sotto-paragrafo si articola in tre dimensioni di analisi: la prima si concentra sull'età media e sulla distribuzione in termini di genere degli attuali DG delle aziende sanitarie pubbliche a livello nazionale e regionale; la seconda presenta il turnover dei DG a livello nazionale e regionale; la terza valuta la formazione di una comunità professionale di DG. Ulteriori contributi affini a questi temi sono disponibili nel Rapporto OASI 2019 ai capitoli 8, con un focus sulla professione del Direttore Generale, e 16, che analizza il fenomeno della «femminilizzazione» dei ruoli apicali in sanità. Le analisi sono condotte prendendo come unità d'analisi le aziende (206 sono quelle ad oggi analizzate). In alcuni casi, dove indicato, l'unità di analisi sono i DG che risultano 201, avendo 5 di questi contemporaneamente l'incarico di DG e di Commissario in due aziende distinte. La principale fonte della sezione è costituita da sistematiche ricerche sui siti web delle Aziende e delle testate giornalistiche locali. A partire dal 2020, il database comprende anche i dati delle aziende ospedaliero universitarie integrate con il SSN e degli IRCCS pubblici. Inoltre, da questo anno è introdotta un'ulteriore fonte informativa: l'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del servizio sanitario nazionale¹⁶.

La prima dimensione di analisi rispetto i profili dei DG in carica nelle aziende pubbliche dei SSR riguarda l'età media e il genere, indagati a livello nazionale e regionale (Tabella 2.1 e Tabella 2.2). Per quanto riguarda l'età, il valore medio nazionale per il 2024 è pari a 59 anni e undici mesi. Rispetto 2019, si nota l'aumento di 1 anno e quattro mesi dell'età media dei DG attualmente in carica.

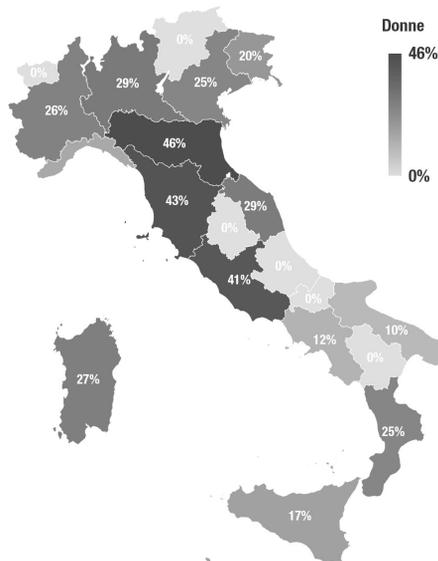
¹⁵ L'elenco completo è disponibile alla seguente pagina del sito del Ministero della Salute: <https://www.salute.gov.it/portale/ricercaSanitaria/dettaglioContenutiRicercaSanitaria.jsp?lingua=italiano&id=794&area=Ricerca%20sanitaria&menu=ssn&tab=2>

¹⁶ L'elenco è disponibile sul sito internet del Ministero della Salute

Tabella 2.1 **Età media dei DG, per regione e tipo di azienda (2024)**

Regione	A0	ASL e ASST	IRCCS	Totale complessivo
Abruzzo		62,3		62,3
Basilicata	55,0	61,5	64,0	60,5
Bolzano		53,0		53,0
Calabria	67,5	66,8		67,0
Campania	62,2	60,6	66,0	61,8
Emilia-Romagna	65,0	62,1	57,0	62,0
Friuli-Venezia Giulia		56,3	58,0	57,0
Lazio	59,8	56,1	56,5	57,2
Liguria		61,0	63,5	61,7
Lombardia		57,3	64,2	58,4
Marche	64,0	60,6	56,0	60,4
Molise		63,0		63,0
Piemonte	57,3	59,8		58,9
Puglia	58,0	56,7	57,0	57,0
Sardegna	55,7	58,1		57,5
Sicilia	62,5	59,0	63,0	60,8
Toscana	56,0	56,7	68,0	58,0
Trento		62,0		62,0
Umbria	60,0	61,0		60,5
Valle D'Aosta		66,0		66,0
Veneto	65,0	62,6	67,0	63,3
Totale complessivo	60,6	60,0	61,4	59,9

Fonte: OASI, 2024

Figura 2.4 **% donne DG aziende sanitarie pubbliche sul totale dei DG per regione (2024)**

Fonte: OASI, 2024

Analizzando la distribuzione dei DG in termini di genere, anche nel 2024 si perpetua il forte sbilanciamento verso direttori generali di genere maschile (156) rispetto alle parigrado di genere femminile che risultano essere 50, pari al 24% del totale (Figura 2.4). Le donne risultano in netta minoranza in tutti i SSR, con l'eccezione di Emilia-Romagna, Toscana e Lazio dove si oltrepassa la soglia del 40%. Nonostante ciò, l'attuale percentuale di donne risulta la più alta mai registrata: infatti, nel 2000 le DG di sesso femminile erano appena il 2% del totale. Da quel momento si è assistito a una crescita costante che rimane però ancora lontana dalla parità di genere¹⁷. Interessante, inoltre, verificare come tale disparità si evidenzi anche nell'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di DG per l'SSN. Infatti, dei 1.264 soggetti in elenco solo il 27% è donna.

Tabella 2.2 **Durata media in carica dei DG, per regione e tipo di azienda (1996-2024 e 1996-2005)**

Regione	AO	ASL e ASST	Totale 1996-2024	Totale 1996-2005
Abruzzo	3,7	3,7	3,7	4,2
Basilicata	3,0	3,0	3,0	3,3
PA Bolzano	7,3	7,8	7,8	7,5
Calabria	1,6	1,6	1,7	1,7
Campania	3,1	3,0	3,5	4,1
Emilia-Romagna	4,1	4,1	4,2	3,9
Friuli-Venezia Giulia	3,4	3,3	3,4	4,0
Lazio	2,8	2,9	2,9	2,7
Liguria	3,7	3,6	4,0	3,1
Lombardia	4,4	4,3	4,9	4,1
Marche	2,8	2,8	3,0	3,1
Molise	3,8	3,8	3,8	4,0
Piemonte	3,3	3,3	3,3	3,5
Puglia	3,0	3,0	3,4	3,8
Sardegna	2,4	2,3	2,5	3,1
Sicilia	2,8	3,0	3,3	2,9
Toscana	4,0	4,0	4,1	3,8
PA Trento	4,1	4,0	4,0	5,0
Umbria	2,6	2,6	2,8	2,7
Valle d'Aosta	2,9	2,8	2,8	2,5
Veneto	4,5	4,5	4,5	4,2
ITALIA	3,4	3,5	3,6	3,6

(*) Valore medio calcolato, a livello sia regionale che nazionale, come media aritmetica delle durate medie aziendali.

Fonte: OASI, 2024

¹⁷ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

Proseguendo l'analisi dei profili dei direttori generali, la Tabella 2.2 mostra la durata media¹⁸ del periodo in cui ogni DG è rimasto in carica in una data azienda, a livello sia nazionale che regionale, tra il 1996 e il 2024. La durata media nazionale è pari a 3 anni e sette mesi. Tale dato risulta invariato rispetto al periodo 1996-2005 e sottolinea l'aderenza ai 4 anni di durata teorica di molti incarichi regionali di direttori generali (nella maggior parte dei casi rinnovabili). Permangono, comunque, forti differenze tra regioni, dagli 1,7 anni della Calabria ai 7,8 della PA di Bolzano.

La terza dimensione di indagine si concentra sul grado di «professionalizzazione» dei DG considerando due variabili:

- ▶ anni totali in cui ciascun individuo ha ricoperto la carica;
- ▶ numero di regioni in cui i singoli individui hanno ricoperto la carica.

La Figura 2.5 incrocia le due variabili, rappresentando il fenomeno in un grafico a bolle (l'area delle bolle è proporzionale alla numerosità delle classi). Si evidenzia così, per ogni classe identificata dall'incrocio tra le due variabili, il numero degli individui appartenenti alla classe. Sono analizzati i dati di 201 persone che attualmente ricoprono il ruolo di direttore generale in Aziende Territoriali, Aziende Ospedaliere, IRCSS e Policlinici¹⁹. Tra i DG considerati, si osserva che quasi metà ricopre il ruolo da quattro o meno, mentre in 34 (il 17% del totale) hanno maturato un'esperienza almeno decennale. Inoltre, il grafico mostra come siano ampiamente prevalenti i DG che hanno operato in una sola regione, pari a circa il 90%.

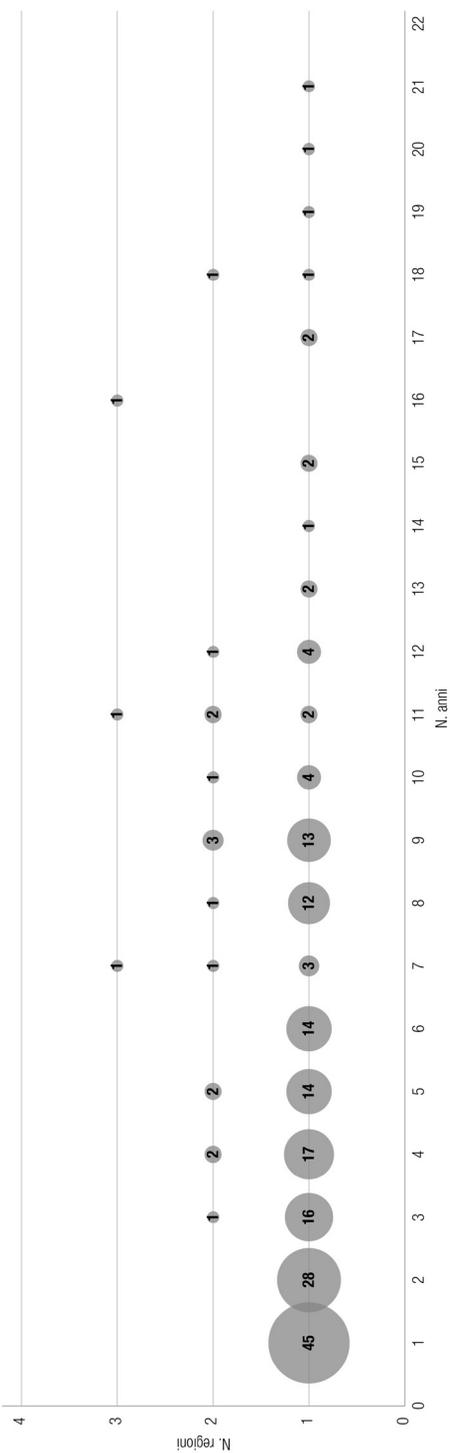
Anche rispetto all'istituzione dell'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di DG per l'SSN, è utile concentrare l'attenzione sulla mobilità regionale dei DG che tale elenco dovrebbe promuovere. Dalle analisi svolte, la Figura 2.6 mostra per ciascuna regione la percentuale di DG in carica nel 2024 (201 in totale²⁰) che avevano già ricoperto la posizione di DG in almeno un'altra regione nel periodo dal 1996 al 2023. La figura mostra evidenti differenze fra regioni, con la Valle d'Aosta e l'Abruzzo che mostrano le percentuali più elevate (rispettivamente il 100% e il 50%).

¹⁸ La durata media dell'incarico di un DG a livello aziendale viene calcolata come rapporto tra il numero di anni n considerati per una determinata azienda (con $1 \leq n \leq 29$) e il numero complessivo dei DG che si sono succeduti in quel periodo in quella determinata azienda.

¹⁹ Cinque DG ricoprono attualmente l'incarico di Direttore Generale e Commissario in due aziende distinte.

²⁰ Cinque DG ricoprono attualmente l'incarico di Direttore Generale e Commissario in due aziende distinte.

Figura 2.5 Distribuzione dei DG per numero di anni e numero di regioni in cui hanno ricoperto la carica (2024)



Fonte: OASI, 2024

Figura 2.6 **% DG in carica nel 2024 che hanno ricoperto il ruolo di DG in altra regione dal 1996 al 2023**



Fonte: OASI, 2024

2.3 Le risorse strutturali delle aziende sanitarie

Le esigenze di contenimento della spesa sanitaria e di riqualificazione dei SSR hanno comportato una progressiva e costante azione di razionalizzazione dell'offerta ospedaliera e territoriale.

Tali dinamiche di razionalizzazione, tuttavia, hanno visto un momento di arresto nell'anno 2020 a causa della pandemia da Covid-19, durante il quale alcuni dei fenomeni analizzati in questo contributo hanno assistito a una marcata inversione di tendenza.

Il paragrafo propone un'analisi dell'evoluzione della capacità di offerta spesso distinguendo e confrontando le dinamiche delle diverse tipologie di strutture sanitarie²¹.

²¹ Secondo l'attuale schema di raggruppamento delle strutture sanitarie, adottato dal Ministero della Salute nel 2009, gli istituti pubblici includono Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere integrate con l'Università ed ex Policlinici universitari pubblici (AOU integrate con SSN), IRCCS pubblici e IRCCS fondazioni pubbliche, Ospedali a gestione diretta ASL; gli istituti privati sono Policlinici universitari privati, IRCCS privati e fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi qualificati di USL, Enti di ricerca, Case di cura private accreditate.

2.3.1 La capacità di offerta delle strutture ospedaliere

Per quanto riguarda il numero di strutture di ricovero autorizzate in Italia, gli ultimi dati disponibili, aggiornati al 01/01/2022 (Figura 2.7), registrano 476 strutture di ricovero pubbliche, a fronte di 560 strutture private accreditate. La figura permette di apprezzare come le strutture pubbliche siano diminuite molto drasticamente negli ultimi 20 anni a differenza di quelle private, per le quali registriamo una diminuzione decisamente meno marcata²². Concentrando l'analisi sulle strutture pubbliche, si rileva una prevalenza di presidi a gestione diretta (406, pari all'85% delle strutture pubbliche). Molti di questi sono stati nel tempo accorpatisi in «Presidi Ospedalieri Unici» aziendali, come frutto delle operazioni di riorganizzazione che hanno cercato di diminuire i soggetti operanti nel sistema.

Dal confronto con i dati degli anni precedenti, risulta chiaro che l'assetto dell'offerta ospedaliera è frutto di profonde dinamiche di cambiamento che hanno interessato l'ultimo ventennio di politiche sanitarie: la razionalizzazione è stata introdotta già dai processi di riforma degli anni Novanta e Duemila e questa impostazione è stata ribadita dal Patto per la Salute 2014-2016²³ e dal DM 70/2015, che ha dato ulteriore impulso alla razionalizzazione introducendo le cure intermedie.

La Tabella 2.3 analizza le strutture di ricovero dal punto di vista dimensionale, mettendo in evidenza la presenza di tre macro-classi sulla base del numero medio di posti letto per la degenza ordinaria. Le Aziende Ospedaliere (considerando anche le AO integrate con l'Università) e le AO Universitarie integrate con l'SSN presentano la maggiore dotazione di posti letto (PL), con una media, rispettivamente, di 697 e 732 PL nel 2022. Gli IRCCS, i presidi a gestione diretta delle Aziende territoriali e gli ospedali classificati si collocano a un livello dimensionale intermedio, con rispettivamente 280, 234 e 222 PL. Le case di cura private, infine, raggiungono mediamente appena 89 PL accreditati per la degenza ordinaria.

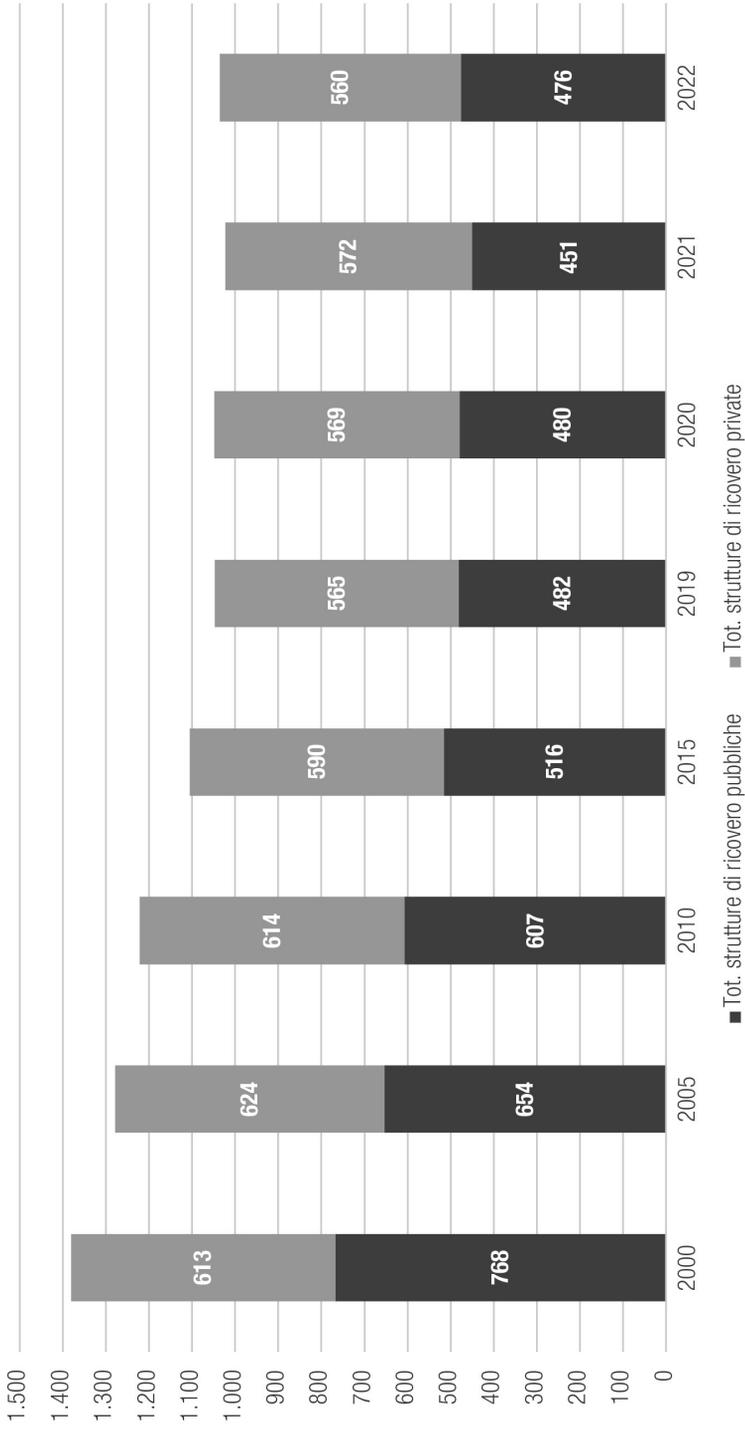
La variazione negativa di PL nel biennio 2021-2022 è in linea con il trend di riduzione nelle dimensioni medie delle strutture registrato negli ultimi anni, salvo quanto accaduto nel 2021. Tale eccezione – riconducibile alla pandemia da Covid-19 – ha riguardato soprattutto AO, AO integrate con università e AOU integrate SSN, le quali hanno dovuto rafforzare la propria dotazione di PL per fronteggiare l'emergenza pandemica.

Concentrando l'analisi sui presidi a gestione diretta ASL, si evidenzia come nella maggior parte delle regioni questi accorpino funzionalmente più stabili-

²² Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

²³ Il Patto per la Salute 2014-2016 ha confermato, tra l'altro, l'apertura su tutto il territorio nazionale di «presidi territoriali/ospedali di comunità» per ricoveri brevi non complessi (art. 5).

Figura 2.7 **Strutture di ricovero accreditate pubbliche e private (2000; 2005; 2010; 2015; 2019; 2020; 2021; 2022)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Posti letto per struttura ospedaliera

Tabella 2.3 **Dimensione media (n. posti letto utilizzati per la degenza ordinaria), per tipologia di struttura di ricovero (2000-2022)**

Tipologia di struttura	2000	2005	2010	2015	2019	2020	2021	2022	Var. 2000-2022	Var. 2021-2022
Ospedali a gestione diretta	184	193	199	209	216	212	244	234	27,0%	-4,2%
AO e AO integrate con Università	774	660	680	664	664	662	721	697	-9,9%	-3,3%
AOU integrate con SSN (ex Poli-clinici Universitari Pubblici)	832	620	667	642	638	651	759	732	-12,0%	-3,5%
IRCCS pubblici e privati	247	224	221	226	231	232	291	280	13,4%	-3,7%
Ospedali classificati o assimilati	223	211	207	211	210	202	241	222	-0,4%	-7,9%
Case di cura private accreditate	89	85	82	81	84	83	90	89	0,2%	-0,9%

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Posti letto per struttura ospedaliera

menti ospedalieri. La Figura 2.8 confronta il numero di stabilimenti delle ASL (e delle ASST lombarde²⁴) nel 2012 e nel 2022. In tale arco temporale, che coincide con la fase di riordino istituzionale condotta in diverse regioni, gli ospedali a gestione diretta sono diminuiti di 78 unità a livello nazionale (da 657 unità nel 2012 a 579 nel 2022, -11,9%).

Se tra il 2010 e il 2014 gli stabilimenti che hanno cessato la propria attività erano principalmente situati nelle regioni del Sud Italia, negli ultimi anni invece il fenomeno è esteso a tutto il territorio nazionale, seguendo le tempistiche con cui i vari SSR hanno provveduto alla revisione degli assetti istituzionali. Complessivamente, rispetto al 2021, nel 2022 il numero degli stabilimenti si è solo lievemente ridotto da 584 a 579. I dati dimensionali evidenziano per il 2022 un numero medio di PL per gli stabilimenti del Centro, del Sud e delle Isole (rispettivamente 157, 148 e 107 PL) significativamente inferiore rispetto a quello degli stabilimenti del Nord (229).

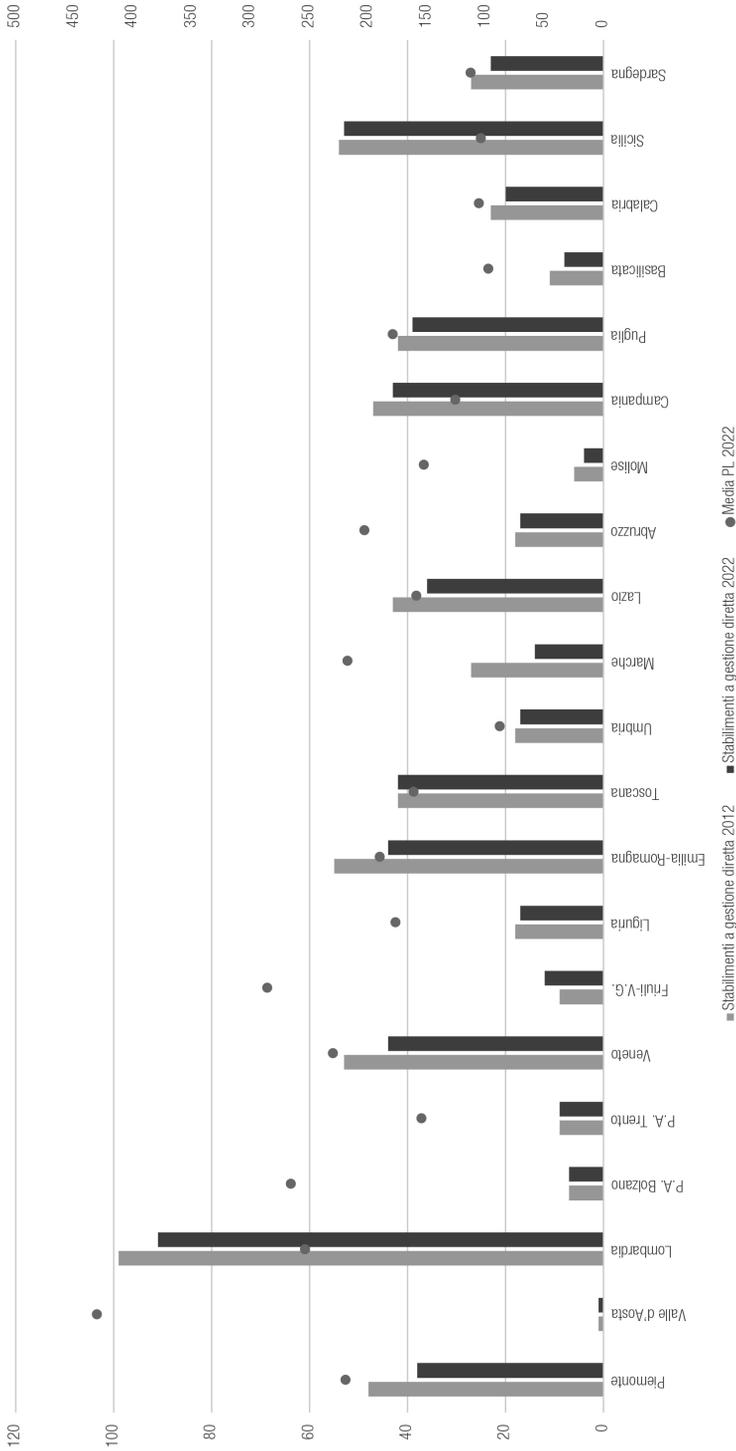
La Figura 2.9 mostra l'andamento del numero di posti letto in Italia dal 1997 al 2022²⁵. Nel 2022 il SSN italiano disponeva di 220.183 PL, di cui 200.428 (91%) per degenza ordinaria e 19.755 (9%) per ricoveri diurni (*day hospital*, DH e *day surgery*, DS). Come precedentemente ricordato, il dato è aggiornato al 01/01/2022 e mostra quindi la fotografia delle dotazioni di PL a seguito della pandemia da Covid-19. Tutte le considerazioni riportate dovranno quindi tenere conto di questa contingenza.

Rispetto al 1997, quando i PL totali del SSN erano 350.242, la dotazione complessiva è diminuita del 37,1%. Gran parte del calo è da attribuire ai PL per le degenze ordinarie (-38,9%), mentre i PL per ricoveri in regime diurno

²⁴ Già in base alla L.R. 31/97 le ASL lombarde non si occupavano più dell'erogazione dell'assistenza ospedaliera (con l'eccezione dell'ASL della Valle Camonica). Il dato lombardo fa adesso riferimento al numero di stabilimenti a gestione diretta delle ASST.

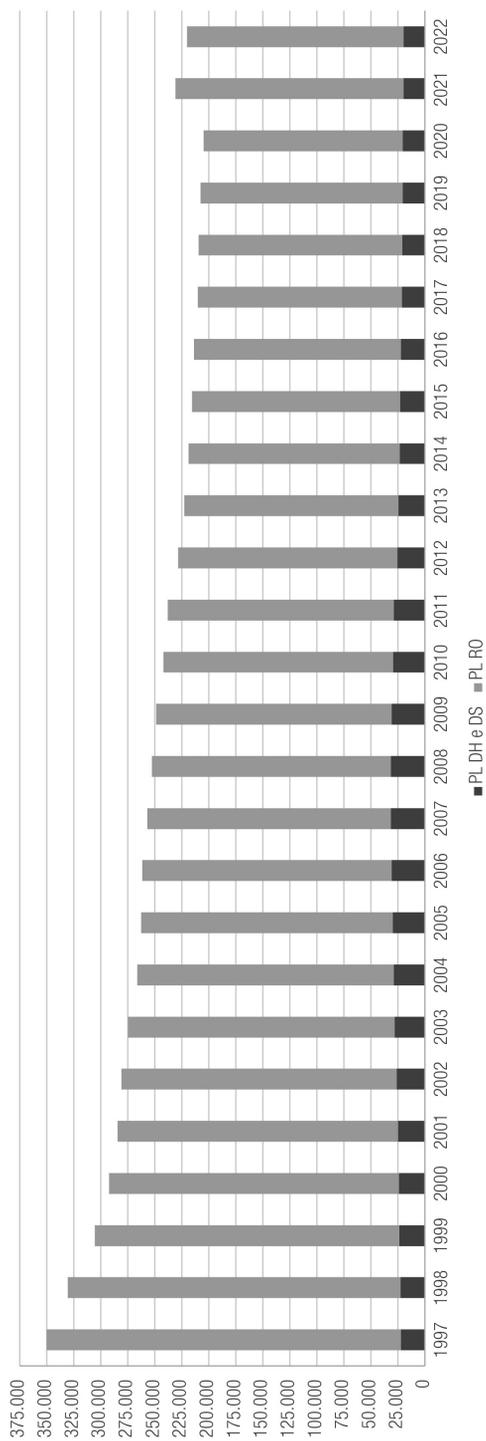
²⁵ Dal calcolo sono esclusi i PL per degenze a pagamento.

Figura 2.8 Numero di stabilimenti a gestione diretta delle ASL (asse sx; 2012; 2022) e dimensione media (asse dx; 2022)



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Posti letto per stabilimento ospedaliero e disciplina

Figura 2.9 Numero di posti letto previsti totali per regime di ricovero (1997-2022)



Note: dal calcolo sono esclusi i PL per degenze a pagamento

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Posti letto per stabilimento ospedaliero e disciplina

hanno subito una contrazione meno marcata (-2.311 unità, pari al -10,5%). La diminuzione dei PL ordinari è stata costante nel periodo considerato, mentre i posti letto in DH sono incrementati fino al 2008 (arrivando a costituire il 12,5% della dotazione strutturale, pari a 31.623 PL); a partire da quell'anno, la tendenza si è invertita, registrando una rapida riduzione della dotazione di posti letto in regime diurno che è proseguita anche in tempi recenti (-13,7% tra il 2015 e il 2022). All'interno del trend di diminuzione dei PL totali negli ultimi 10 anni (in Italia -6.699 fra il 2012 e il 2022), si è assistito a una inversione di tendenza fra gli anni 2020 e 2021 con un aumento di 12.532 PL causato dalla necessità di fronteggiare i mesi più duri della pandemia da Covid-19. Il trend di diminuzione della dotazione di posti letto è tuttavia ripreso nel biennio successivo (-4.819 PL fra il 2021 e 2022).

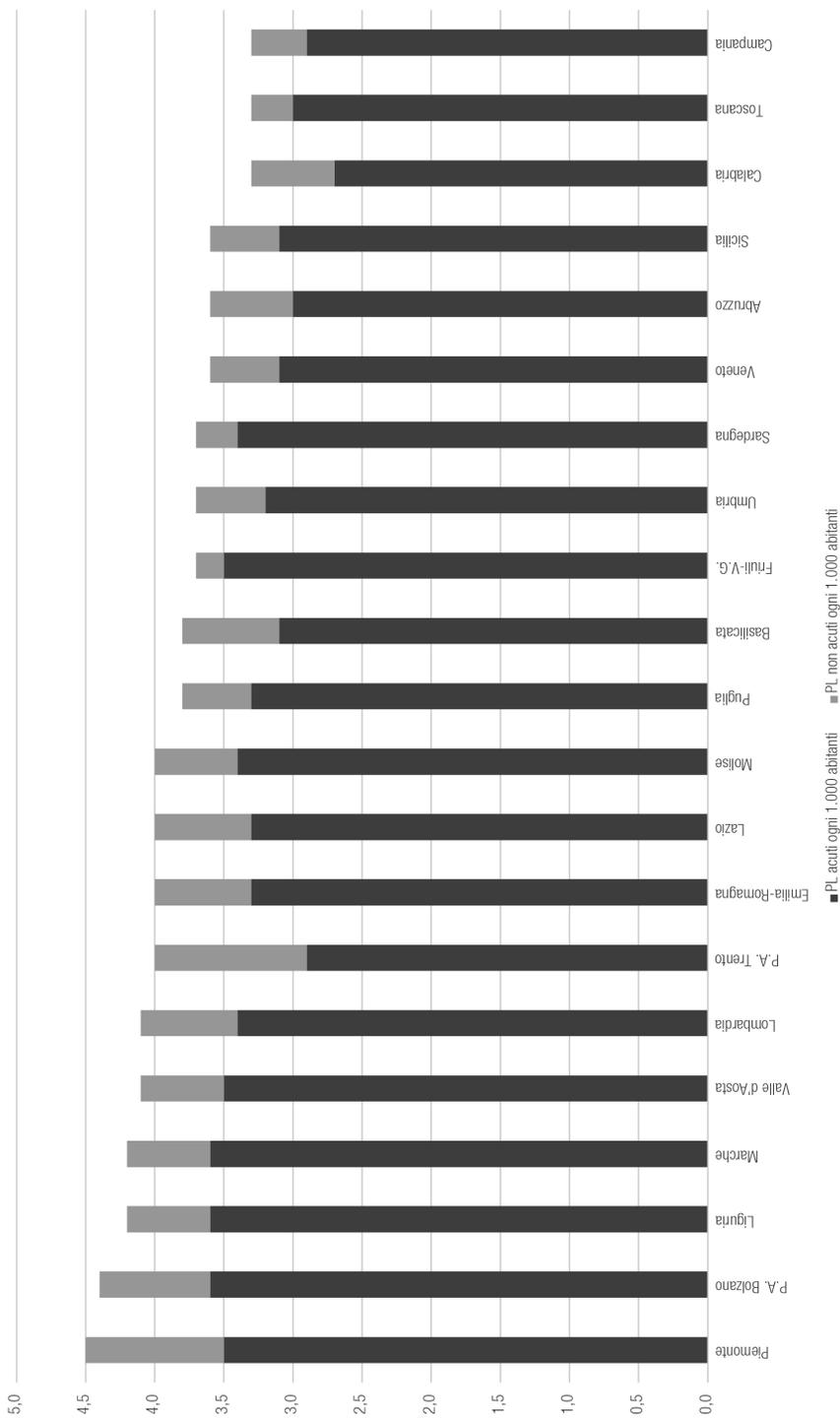
Le dinamiche di riduzione della dotazione strutturale derivano da un forte impulso del livello centrale, in particolare con il D.L. 95 del 06/07/2012, che ha previsto una dotazione-obiettivo pari a 3,7 PL per 1.000 abitanti, di cui 0,7 per non acuti. Il Patto per la Salute 2014-2016 e il successivo regolamento nazionale sugli standard dell'assistenza ospedaliera (DM 70/2015) hanno confermato i precedenti indirizzi sulla dotazione strutturale. Inoltre, anche la bozza di revisione del DM 70 pubblicata a ottobre 2021 conferma questi standard. Il potenziale e il fabbisogno di riorganizzazione della rete ospedaliera del SSN erano già stati evidenziati da precedenti contributi del Rapporto (Furnari e Ricci, 2016; Buongiorno Sottoriva, Furnari e Ricci, 2021).

Rispetto alle indicazioni del D.L. 95/2012, nel 2022 la dotazione media nazionale di PL SSN²⁶ – in regime di degenza sia ordinaria che diurna – risulta pari a 3,3 per mille abitanti per gli acuti e a 0,6 per i non acuti (Figura 2.10). La maggior parte delle regioni ha aumentato la propria dotazione di PL, raggiungendo l'obiettivo di 3,7 per 1.000 abitanti (ad eccezione di Veneto, Abruzzo e Sicilia, che raggiungono il 3,6 e Toscana, Campania e Calabria il 3,3). Per quanto riguarda i target specifici, tutte le regioni escluse la Provincia Autonoma di Trento, Campania e Calabria presentano dotazioni superiori a 3 PL per 1.000 abitanti per acuti. Le dotazioni più elevate negli acuti si registrano nella Provincia Autonoma di Bolzano, in Liguria e nelle Marche (3,6) e in Piemonte, Valle d'Aosta e Friuli-Venezia Giulia (3,5). Invece, considerando il target per i non acuti, in Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio e Basilicata si raggiunge l'obiettivo di 0,7 PL ogni 1.000 abitanti, mentre in Piemonte e nelle Province Autonome di Bolzano e Trento lo si supera (con rispettivamente 1, 0,8 e 1,1).

Gli aggiornamenti recenti del database dei PL del Ministero della Salute comprendono anche il dettaglio per reparti e disciplina e permettono quindi di analizzare più approfonditamente l'impatto che gli atti normativi hanno fin qui avuto sulla rete ospedaliera.

²⁶ Dal calcolo sono esclusi i PL per degenze a pagamento.

Figura 2.10 Posti letto disponibili per acuti e non acuti (RO e DH) / 1.000 abitanti (2022)



Note: dal calcolo sono esclusi i PL per degenze a pagamento

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Posti letto per stabilimento ospedaliero e disciplina

Tabella 2.4 **Numero di PL totali per disciplina (2022)**

Disciplina	PL	%PL SSN	%PL SSN cumulata
Medicina Generale	36.715	16,7%	16,7%
Recupero e Riabilitazione	23.244	10,6%	27,2%
Chirurgia Generale	20.176	9,2%	36,4%
Ortopedia e Traumatologia	16.947	7,7%	44,1%
Ostetricia e Ginecologia	12.968	5,9%	50,0%
Cardiologia	8.409	3,8%	53,8%
Terapia Intensiva	7.856	3,6%	57,4%
Lungodegenti	7.740	3,5%	60,9%
Malattie Infettive e Tropicali	7.150	3,2%	64,1%
Urologia	5.924	2,7%	66,8%
Neurologia	5.584	2,5%	69,4%
Pneumologia	5.107	2,3%	71,7%
Pediatria	5.001	2,3%	73,9%
Psichiatria	4.978	2,3%	76,2%
Oncologia	4.797	2,2%	78,4%
Geriatria	4.076	1,9%	80,2%
Otorinolaringoiatria	3.157	1,4%	81,7%
Altre	40.354	18,3%	100,0%
TOTALE	220.183	100,00%	–

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Posti letto per stabilimento ospedaliero e disciplina

La Tabella 2.4 riporta il numero di PL totali delle principali discipline ospedaliere e il peso relativo rispetto al totale della dotazione SSN. La disciplina che detiene il maggior numero di PL è la Medicina Generale, con 36.715 PL (16,7% del totale SSN), seguita da Recupero e Riabilitazione (23.244 PL, 10,6%) e Chirurgia Generale (20.176 PL, 9,2%). Le prime 17 discipline assommano in totale l'81,7% dei PL del SSN.

2.3.2 La capacità di offerta delle strutture territoriali

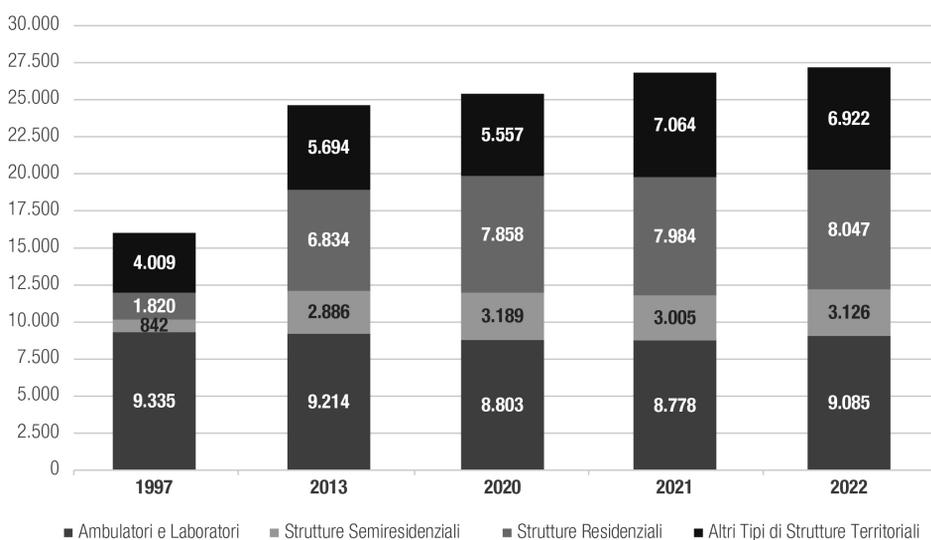
La maggiore attenzione rivolta all'assistenza territoriale con l'obiettivo di rafforzarne la rilevanza a fronte della razionalizzazione dell'attività ospedaliera si è tradotta in sforzi per il potenziamento dei distretti. Questi ultimi, nella maggior parte delle esperienze regionali, sono deputati all'organizzazione dei servizi di assistenza primaria, ambulatoriale e domiciliare; sono responsabili, in coordinamento con l'assistenza ospedaliera, della gestione delle attività socio-sanitarie delegate dai Comuni, nonché del supporto alle famiglie e alle persone in difficoltà (anziani, disabili fisici e psichici, tossicodipendenti, malati terminali).

Per l'erogazione delle prestazioni territoriali, i distretti si avvalgono di una pluralità di strutture, classificabili come segue:

- ▶ strutture in cui si erogano prestazioni specialistiche quali l'attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale (ambulatori e laboratori);
- ▶ strutture semiresidenziali, come, per esempio, i centri diurni psichiatrici e per anziani;
- ▶ strutture residenziali quali le residenze sanitarie assistenziali (RSA), gli Hospice e le case protette;
- ▶ altre strutture territoriali, come i centri di dialisi ad assistenza limitata, gli stabilimenti idrotermali, i centri di salute mentale, i consultori familiari e i centri distrettuali.

La Figura 2.11 rappresenta l'andamento delle strutture territoriali (pubbliche e private accreditate) nel periodo 1997-2022²⁷. Rispetto al 2021, nel 2022 si registra un incremento del 3,5% del numero di Ambulatori e Laboratori, in contrasto con la decrescita registrata nella rilevazione del 2020. Nello stesso periodo, lievemente più marcato è l'incremento delle Strutture Semiresidenziali, che aumentano del 4%. Diversamente, il numero di Strutture Residen-

Figura 2.11 **Presenza di strutture territoriali nelle regioni italiane (2022)**



* Sono inclusi: centri dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori materno infantili, centri distrettuali e, in generale, strutture che svolgono attività di tipo territoriale.

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2022

²⁷ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

Tabella 2.5 **Strutture territoriali previste dal DM n. 77/2022 e strutture dichiarate attive (2023)**

Tipologia	Case della Comunità (CdC)	Centrali Operative Territoriali (COT)	Ospedali di Comunità (OdC)
Previsto	2.361 mln di euro risorse complessive	116 mln di euro risorse complessive	1.089 mln di euro risorse complessive
	1430 strutture	611 strutture	434 strutture
	da edificare: 367 da ristrutturare: 1052 Informazioni non disponibili: 11	da edificare: 81 da ristrutturare: 523 Informazioni non disponibili: 7	da edificare: 115 da ristrutturare: 318 Informazioni non disponibili: 1
Realizzato	187 strutture	77 strutture	76 strutture

Fonte: elaborazione OASI su dati AGENAS – Monitoraggio attuazione DM n. 77 del 2022

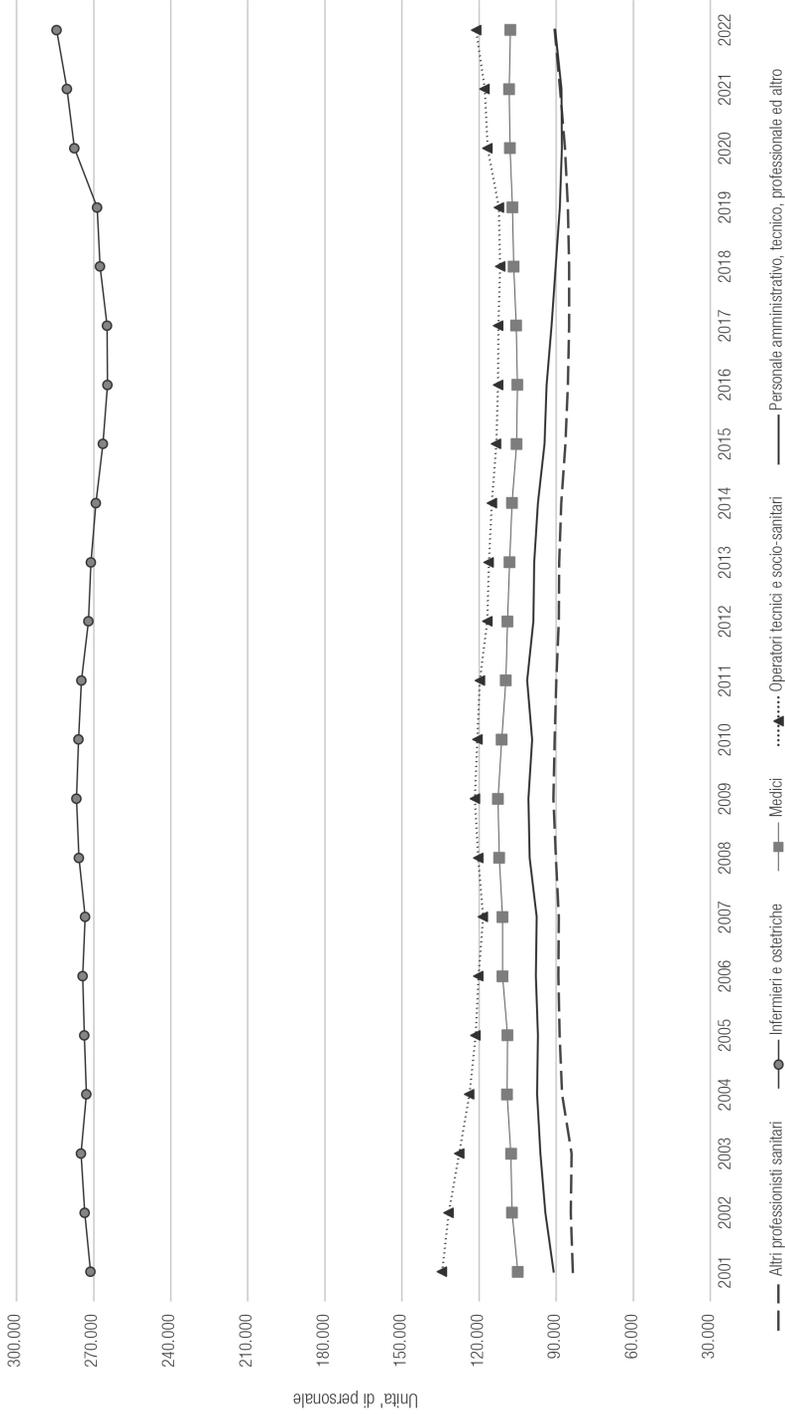
ziali rimane pressoché invariato (+0,8%), mentre gli Altri Tipi di Strutture Territoriali (centri dialisi, centri di salute mentale, etc.) diminuiscono del 2% nel biennio 2021-2022. Come mostrato in figura, il trend generale vede un costante aumento del numero complessivo di Strutture Territoriali nel periodo 1997-2022 (+69,8%).

Oltre alla situazione attuale delle strutture territoriali già analizzata, è cruciale considerare anche le dinamiche introdotte dalla Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che prevede un programma di investimento e potenziamento delle «reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale». La riforma complessiva dell'assistenza territoriale si articola attraverso tre linee principali di investimento: (i) le Case della Comunità (CdC) e la presa in carico della persona; (ii) la «Casa come primo luogo di cura» e la telemedicina; e (iii) il rafforzamento dell'assistenza intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità, OdC). Con l'entrata in vigore del Decreto Ministeriale n.77, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale nel giugno 2022, è stato introdotto un nuovo modello organizzativo che stabilisce standard strutturali, organizzativi e tecnologici per le strutture territoriali previste dagli investimenti del PNRR. La Tabella 2.5 illustra lo stato di implementazione delle Strutture territoriali attive previste dal DM n. 77/2022, con ultimo aggiornamento a giugno 2023.

2.3.3 Il personale del SSN

Il personale è un elemento chiave del Servizio Sanitario Nazionale, di rilevante importanza per una completa comprensione delle aziende sanitarie. Si tratta di una risorsa critica, poiché la qualità dei servizi erogati dipende in massima misura dalle persone che contribuiscono a erogarli, oltre a costituire una quota significativa dei costi del sistema sanitario.

Figura 2.12 **Unità di personale SSN, per ruolo professionale (2001-2022)**



Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ragioneria Generale dello Stato – Conto Annuale

La Figura 2.12 mostra l'andamento della numerosità del personale dipendente del SSN²⁸ tra il 2001 e il 2022, distinguendo i diversi ruoli professionali²⁹. Nel corso degli anni, il numero totale dei dipendenti è diminuito, passando da 685.122 unità nel 2001 a 682.744 nel 2021 (una diminuzione dello 0,35%)³⁰. Tuttavia, a partire dal 2017 si è verificata una inversione di tendenza, con un leggero incremento annuale fino al 2019 e un aumento più rilevante nel triennio 2020-2022, influenzato dalle politiche di risposta alla pandemia del Covid-19. Nel 2022, complessivamente si registravano 694.386 lavoratori sanitari al livello nazionale. Distinguendo per i diversi profili professionali, registravano 107.772 medici, 284.441 infermieri e 121.170 operatori tecnici e sociosanitari.

Nel periodo di osservazione, dal 2001 al 2022, emergono tre diverse tendenze nell'organico del SSN. Tra il 2001 e il 2010, l'organico è rimasto sostanzialmente stabile (+1.9%). Tuttavia, è possibile osservare andamenti eterogenei tra medici, infermieri, personale tecnico-amministrativo (+6%, +1,7% e +9,1%, rispettivamente) e operatori tecnici e sociosanitari (-10.2%). A partire dal 2011 si è invece evidenziato un marcato trend di contrazione, visibile fino al 2019, che ha comportato una riduzione complessiva del personale pari a 4,8%, con la maggiore riduzione tra il personale tecnico-amministrativo (-12.6%) e tra gli operatori tecnici e sociosanitari (-6.2%).

La pandemia da Covid-19, come descritto anche nelle precedenti edizioni del Rapporto OASI, ha avuto un profondo impatto sul dimensionamento dell'organico del SSN, con variazioni significative tra i diversi ruoli. Nel periodo 2019-2022, si è registrato un incremento del personale tecnico e sociosanitario (+7,9%), del personale infermieristico e ostetrico (+5,9%), mentre l'aumento del numero dei medici è stato più contenuto (+0,7%). Per comprendere meglio questa tendenza, abbiamo confrontato il numero assoluto di professionisti nel periodo 2019-2022 con quello del periodo precedente (2010-2019).

Durante il decennio precedente, si erano verificate significative riduzioni nel personale infermieristico e ostetrico (-7.295 unità), negli operatori tecnici e sociosanitari (-8.435 unità) e nei medici (- 4.245 unità). Tuttavia, nel solo periodo 2019-2022, abbiamo assistito ad un aumento del personale infermieristico e ostetrico (+15.811 unità), degli operatori sociosanitari (+8.911) e dei medici

²⁸ Sono inclusi i dipendenti appartenenti al CCNL Sanità.

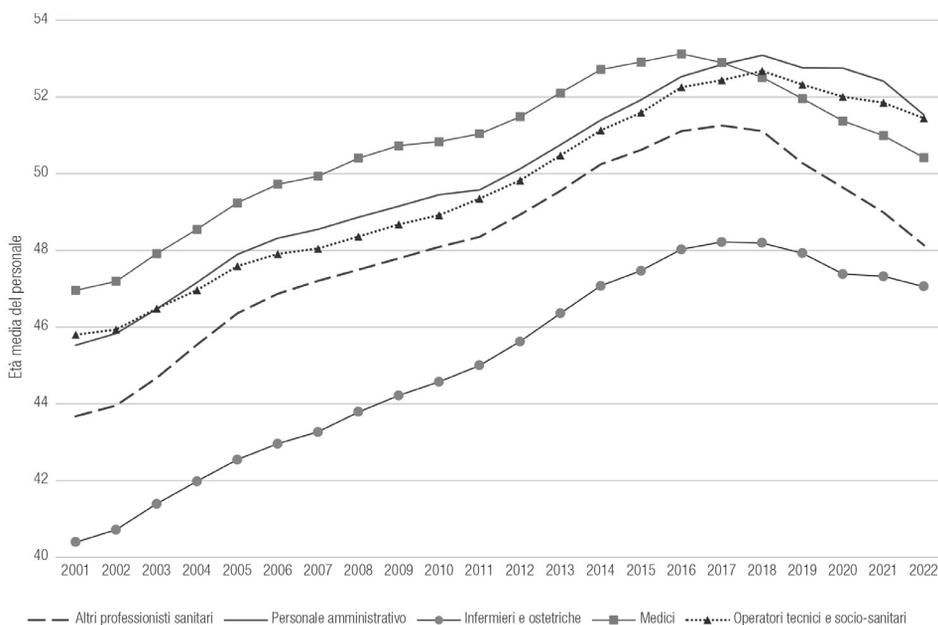
²⁹ Nella categoria 'altri professionisti sanitari' rientrano i professionisti sanitari diversi da medici ed infermieri iscritti ad un ordine professionale (ad es. chimici, farmacisti, odontoiatri, psicologi, dirigenti sanitari non medici). Come 'personale amministrativo, tecnico, professionale ed altro' si intendono figure non sanitarie con ruolo amministrativo o compiti specifici (ad es. dirigenti amministrativi, dirigenti ruolo tecnico, architetti, avvocati, informatici). Infine, nella categoria 'operatori tecnici e sociosanitari' sono inclusi i profili con ruolo tecnico di natura non professionale, ovvero principalmente operatori sociosanitari e operatori tecnici addetti all'assistenza.

³⁰ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

(+728). Per consolidare questo trend, anche nel 2022 il numero degli operatori tecnici e sociosanitari è cresciuto del 2,9%, e quello di infermieri e ostetriche dell'1,5%. Un'eccezione è rappresentata dai medici, che hanno registrato una contrazione dello 0,44%, pari a 478 unità. Nonostante questi incrementi, per alcuni profili professionali i numeri rimangono modesti e non sono ancora sufficienti per colmare i vuoti accumulati nel decennio precedente o a soddisfare eventuali aumenti degli standard di servizio. In particolare, la dotazione di professionisti infermieri e ostetriche in Italia risultano ancora notevolmente sottodimensionati, specialmente se confrontato il rapporto medici/infermieri con altre realtà internazionali, sia europee che extra europee (si veda il §2.5 per maggiori informazioni a riguardo). Inoltre, è necessario considerare l'età media dei professionisti del settore. Nel 2022, l'età media dei medici era di 50,4 anni, 47,1 anni per il personale infermieristico e ostetrico e di 51,5 anni per il personale tecnico-amministrativo. Come mostrato nella Figura 2.13, l'età media del personale è progressivamente aumentata nel tempo, con un leggero calo osservabile a partire dal 2019, con probabilità riflesso delle nuove assunzioni nel settore di cui sopra discusso.

Per quanto riguarda invece il numero di medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS), personale in convenzione con il SSN responsabile dell'assistenza primaria e quindi dell'accesso dei cittadini ai ser-

Figura 2.13 **L'andamento dell'età media del personale sanitario (2001-2022)**



Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ragioneria Generale dello Stato – Conto Annuale

Tabella 2.6 Numero MMG e PLS, numero medio di scelte e diffusione dell'indennità associativa, per regione (2022)

Regione	Numero MMG	Numero scelte MMG	% MMG con indennità per attività in forma associativa	Numero PLS	Numero scelte per PLS	% PLS con indennità per attività in forma associativa
Piemonte	2.788	1.350	70,3	366	1.079	47,3
Valle d'Aosta	76	1.423	80,3	12	996	83,3
Lombardia	5.500	1.481	72,1	1.108	968	66,6
Prov. Auton. Bolzano	288	1.559	67,7	61	1.083	80,3
Prov. Auton. Trento	330	1.404	84,2	71	916	85,9
Veneto	2.889	1.457	87,1	527	995	81,6
Friuli Venezia Giulia	738	1.420	83,9	112	975	23,2
Liguria	1.029	1.282	71,5	158	898	80,4
Emilia Romagna	2.778	1.401	83,4	579	828	73,6
Toscana	2.790	1.191	66,6	464	940	59,3
Umbria	678	1.120	77,9	107	782	60,7
Marche	1.004	1.295	74	158	905	68,4
Lazio	4.145	1.262	78,3	763	812	71,4
Abruzzo	966	1.153	59,2	136	863	73,5
Molise	241	1.089	26,1	32	806	40,6
Campania	3.542	1.359	67,2	724	884	67,3
Puglia	3.019	1.139	75,3	515	790	85,2
Basilicata	424	1.134	59,9	56	868	62,5
Calabria	1.320	1.171	29,4	232	848	73,3
Sicilia	3.798	1.099	48,1	629	795	79,5
Sardegna	1.023	1.360	45,8	152	795	22,4
Italia 2022	39.366	1.301	69,2	6.962	891	69,1
Italia 2021	40.250	1.260	67,5	7.022	890	66,5
Italia 2013	45.203	1.160	70,1	7.705	890	65,9
Italia 1997	47.490	1.086	n.d.	6.664	685	n.d.

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2022

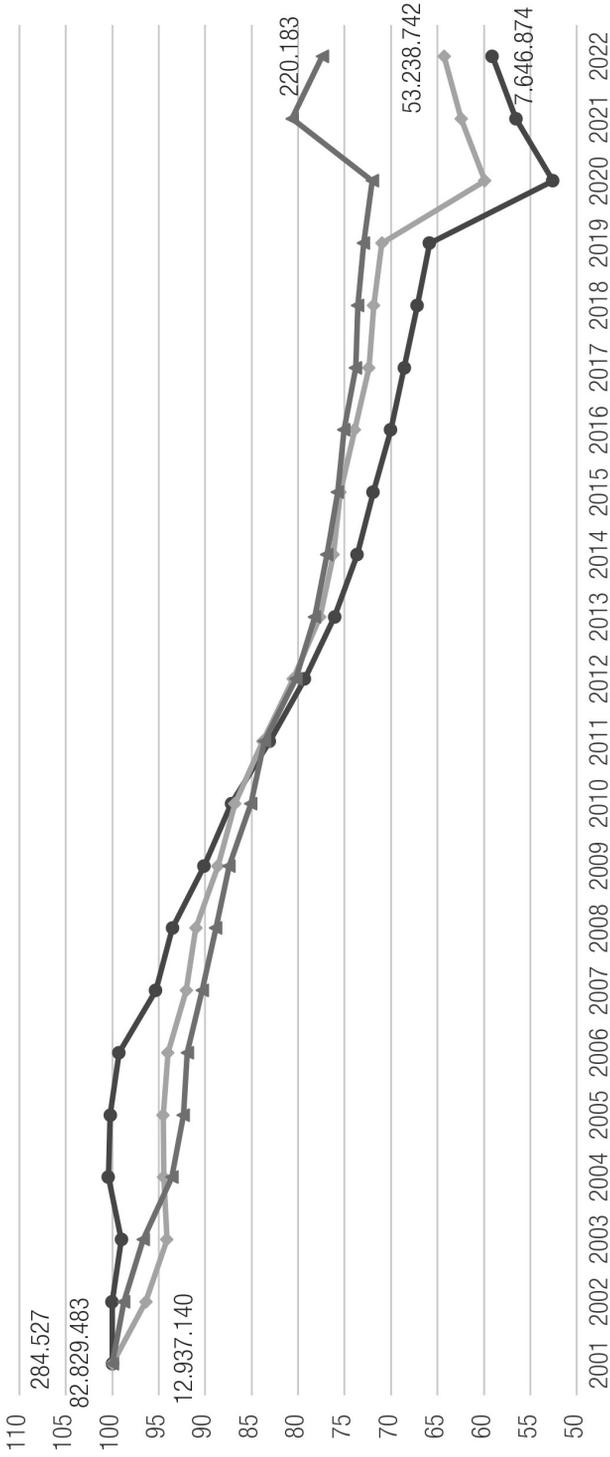
vizi sanitari, i dati 2022 registrano 39.366 MMG e 6.962 PLS (Tabella 2.5). Nel corso degli ultimi anni, sia il numero di MMG sia quello di PLS si sono ridotti. Tra il 2021 e il 2022, si è verificata una diminuzione di 884 unità di MMG (-2%) e 60 unità di PLS (-1%), mentre tale diminuzione è stata pari a 5.837 MMG (-13%) e a 743 PLS (-10%) dal 2013. Infatti, la media di assistiti per ogni MMG è aumentata del 12% rispetto al dato del 2013 raggiungendo un valore medio 1.301 assistiti per medico. Per quanto riguarda le scelte per professionista, la P.A. Bolzano si conferma come quella con il numero massimo sia per gli MMG (1.559) sia per i PLS (1.083). In linea con gli anni precedenti, le regioni del Nord presentano valori più elevati rispetto alla media nazionale per quanto riguarda sia l'assistenza agli adulti (eccetto la Liguria), sia quella ai pazienti pediatrici (eccetto l'Emilia-Romagna). In tutte le regioni si registra un numero medio di scelte superiore a quota 1.000 per gli MMG. È opportuno ricordare che il contratto dei medici di medicina generale e dei pediatri prevede, salvo molteplici tipologie di eccezioni, che ciascun medico di base assista al massimo 1.500 pazienti adulti e ciascun pediatra 800 bambini, con possibilità di arrivare in deroga fino agli 880 assistiti. Tra i 6 e i 14 anni d'età, inoltre, il bambino può essere assistito alternativamente dal pediatra o dal medico di famiglia. La Tabella 2.6 fornisce anche la percentuale di medici che sono organizzati in forma associativa e, di conseguenza, ricevono l'indennità collegata prevista negli accordi collettivi nazionali e regionali integrativi. Tra le regioni con i tassi più alti, si distinguono il Veneto (87,1%) e la PA di Trento per i pediatri (85,9%). È rilevante notare come nel periodo tra il 2013 e il 2022 la percentuale di medici organizzati in forma associativa ogni 1.000 abitanti è diminuita leggermente per gli MMG (-0,9 punti percentuali). Questo fenomeno può essere attribuito, in parte, all'aumento dell'anzianità professionale all'interno della categoria (il 73% dei MMG ha oltre 27 anni di anzianità di laurea, contro il 65% del 2013, e soltanto 2,8% dei MMG hanno meno di 6 anni di servizio). D'altra parte, occorre anche considerare il fatto che le regioni da tempo hanno iniziato a lavorare su forme aggregative più complesse, quali le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), con l'intento di ridimensionare il ruolo dell'associazionismo «classico».

2.4 Le attività del SSN

2.4.1 Le attività di ricovero

Dai dati generali sui volumi SDO (Figura 2.14) si evince come la drammatica contrazione dell'attività di ricovero dall'anno 2019 all'anno 2020 (-21,0% a livello nazionale) sia stata solo parzialmente riassorbita al 2022. Infatti, nono-

Figura 2.14 Trend dimissioni, giornate di ricovero e posti letto, numeri indice con base 100, Italia (2001-2022)



Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO (più anni) e Ministero della Salute – Posti letto per struttura ospedaliera (più anni).

Tabella 2.7 Ricoveri per regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2022)

Regione	Ricoveri per acuti		Ricoveri per riabilitazione		Ricoveri per lungodegenza*		Totale ricoveri
	RO	DH	RO	DH	RO+DH	% sul totale ricoveri	
Piemonte	402.602	111.236	33.728	2.279	6.978	6,5%	556.823
Valle d'Aosta	12.227	4.638	859	0	95	4,8%	17.819
Lombardia	923.910	245.935	71.332	1.212	3.811	5,8%	1.246.200
P.A. Bolzano	57.587	15.112	2.891	185	1.520	4,0%	77.295
P.A. Trento	47.425	18.006	5.424	387	2.317	7,9%	73.559
Veneto	461.122	106.707	22.781	2.937	1.803	4,3%	595.350
Friuli V.G.	115.879	33.150	667	3	608	0,4%	150.307
Liguria	149.300	62.425	8.703	1.087	2.741	4,4%	224.256
Emilia Romagna	516.157	116.275	14.943	2.345	24.333	2,6%	674.053
Toscana	353.129	107.078	7.633	679	1.108	1,8%	469.627
Umbria	87.664	22.139	3.883	321	1.163	3,7%	115.170
Marche	136.813	44.881	4.518	27	2.685	2,4%	188.924
Lazio	536.156	228.965	24.778	5.131	6.090	3,7%	801.120
Abruzzo	116.118	36.543	5.606	5	1.675	3,5%	159.947
Molise	27.829	8.096	1.124	22	21	3,1%	37.092
Campania	438.820	192.117	12.831	2.974	3.888	2,4%	650.630
Puglia	347.692	28.266	12.117	573	2.039	3,2%	390.687
Basilicata	40.774	13.531	1.222	63	1.178	2,3%	56.768
Calabria	126.651	40.506	7.507	712	1.236	4,7%	176.612
Sicilia	383.096	93.033	16.487	2.909	2.649	3,9%	498.174
Sardegna	133.045	60.168	3.655	326	1.139	2,0%	198.333
ITALIA	5.413.996	1.588.807	262.689	24.177	69.077	3,9%	7.358.746

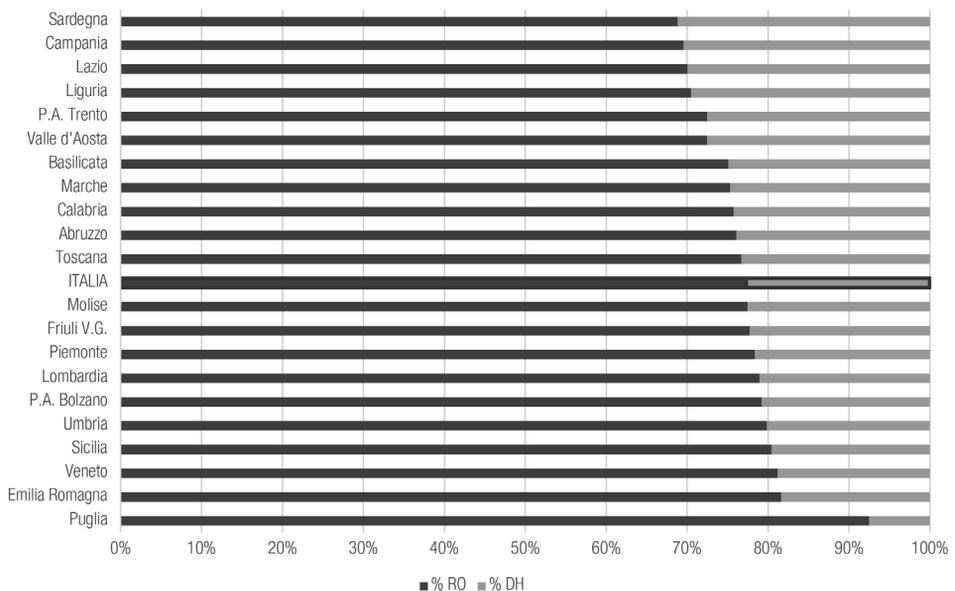
Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO 2022

stante nel 2022 si sia registrato un aumento dei volumi SDO pari a +843.212 dimissioni e +3.619.884 giornate di ricovero rispetto al 2020, il volume 2022 rimane pari all'89,7% delle dimissioni e al 90,5% delle giornate di ricovero del 2019³¹.

La Tabella 2.7 presenta più nel dettaglio la composizione dei ricoveri per regione e regime di ricovero, escludendo dal computo le dimissioni dei neonati sani. I 7,36 milioni di ricoveri ospedalieri del 2022 si compongono per il 95,2% di ricoveri per acuti, dato sostanzialmente stabile nel corso degli anni. La maggior parte di questi sono erogati in regime ordinario (77,3%). Anche la quota di ricoveri per riabilitazione rimane sostanzialmente stabile attorno al 3,9%. I ricoveri per riabilitazione sono prevalentemente erogati in regime ordinario da tutte le regioni (91,6% a livello nazionale), pur essendoci situazioni in cui la percentuale di DH è più elevata, come nel caso della Campania (18,8%), Lazio (17,2%) e Sicilia (15,0%). I ricoveri per lungodegenza continuano a rappresentare una quota molto esigua dei ricoveri totali (meno dell'1% nel 2022), con alcune relative eccezioni regionali (Emilia-Romagna, 3,6% e Provincia Autonoma di Trento, 3,1%).

Con riferimento ai soli ricoveri per acuti, la composizione dell'attività erogata in DH è pari, a livello nazionale, al 22,7% (Figura 2.15). Alcune regioni

Figura 2.15 **Distribuzione dei dimessi per acuti tra RO e DH per regione (2022)**



Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO 2022

³¹ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

si discostano sensibilmente dal dato medio nazionale, evidenziando una percentuale inferiore (su tutte, la Puglia, 7,5%, che evidenzia il dato più basso, ma anche Emilia-Romagna 18,4% e Veneto 18,8%) o, viceversa, superiore (Sardegna, Campania e Lazio, con quote rispettivamente pari al 31,1%, 30,4% e 29,9%).

La Tabella 2.8 mostra nel dettaglio le giornate di degenza per regione e regime di ricovero, escludendo dal computo le dimissioni dei neonati sani. Le 52,4 milioni di giornate di ricovero erogate nel 2022 si compongono per l'82,8% di giornate per acuti, per il 14,0% di giornate di riabilitazione e per il restante 3,2% di giornate in lungodegenza. A livello regionale, in linea con il trend storico, Piemonte e PA di Trento sono i contesti che presentano i valori minimi per quanto riguarda l'incidenza delle giornate di degenza per acuti, rispettivamente pari al 73,1% e al 67,5%. Friuli-Venezia Giulia, Toscana e Sardegna sono invece gli SSR in cui il peso delle giornate di ricovero per acuti è massimo e supera la soglia del 90%.

Di seguito si riportano dati e commenti rispetto a un tradizionale indicatore di analisi dell'attività ospedaliera: il tasso di ospedalizzazione (TO). Il TO esprime la frequenza con la quale la popolazione residente viene ricoverata nelle strutture ospedaliere, pubbliche o private, sia dentro che fuori la propria regione di residenza³². Per tale indicatore, che permette di valutare i miglioramenti di efficienza conseguibili attraverso l'appropriatezza dell'ambito di cura orientata a favorire il processo di deospedalizzazione per il trattamento dei casi meno gravi, il par. 3.1 del D.M. 70/2015 ha confermato un TO di riferimento di 160 ricoveri per acuti per 1.000 abitanti, di cui il 25% erogati in DH.

Dalla Figura 2.16 risulta un tasso standardizzato³³ per acuti in regime ordinario pari a 82,2 per 1.000 abitanti nel 2022 (era pari a 90,1 nel 2019 e 115,8 nel 2010). Per l'attività di DH, il corrispondente valore scende a 25,8 per 1.000 abitanti (era 27,8 nel 2019 e 41,6 nel 2012). Complessivamente il TO si attesta a 107,9 per 1.000 abitanti (da 117,9 nel 2019), ampiamente sotto i limiti della soglia dei 160 ricoveri per acuti indicata dal D.M. 70/2015.

Nonostante ciò, è comunque necessario mettere in evidenza la differenziazione regionale (Figura 2.15): Valle d'Aosta (128,1‰), Provincia Autonoma di Bolzano (125,7) e Liguria (123,7‰) rimangono le regioni con i TO più alti a livello nazionale; viceversa, Puglia (96,4‰), Sicilia (99,4‰) e Lombardia (101,0‰) registrano i valori più bassi. Se si considerano i soli TO per acuti in regime ordinario, la Provincia Autonoma di Bolzano presenta il tasso più ele-

³² Nel testo e nelle figure a seguire, per ricoveri «fuori regione» o «extra-regione» si intendono le prestazioni ospedaliere in mobilità passiva.

³³ La procedura di standardizzazione consente di depurare il dato grezzo dall'effetto della diversa composizione per età presente nelle varie regioni.

Tabella 2.8 Giornate di degenza per regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2022)

Regione	GG Ricoveri per acuti			GG Ricoveri per riabilitazione			GG Ricoveri per lungodegenza			Totale giornate
	RO	DH	% sul totale ricoveri	RO	DH	% sul totale ricoveri	RO+DH	% sul totale ricoveri	% sul totale ricoveri	
Piemonte	2.849.870	233.487	73,1%	889.665	27.651	21,7%	219.881	5,2%	4.220.554	
Val d'Aosta	107.411	15.421	87,9%	14.913	0	10,7%	1.985	1,4%	139.730	
Lombardia	6.807.182	284.106	78,8%	1.768.536	14.075	19,8%	121.848	1,4%	8.995.747	
PA Bolzano	364.597	22.430	78,7%	68.143	1.963	14,3%	34.530	7,0%	491.663	
PA Trento	336.979	50.950	67,5%	110.676	3.024	19,8%	72.977	12,7%	574.606	
Veneto	3.584.548	154.183	86,5%	509.221	37.814	12,7%	36.027	0,8%	4.321.793	
Friuli VG	911.282	136.501	95,8%	28.167	85	2,6%	17.135	1,6%	1.093.170	
Liguria	1.210.598	282.612	86,6%	178.621	11.710	11,0%	41.326	2,4%	1.724.867	
Emilia Romagna	3.679.309	231.206	81,2%	415.438	31.395	9,3%	460.419	9,6%	4.817.767	
Toscana	2.374.292	289.787	92,1%	195.774	7.877	7,0%	26.292	0,9%	2.894.022	
Umbria	647.802	56.248	86,3%	91.346	5.320	11,9%	14.721	1,8%	815.437	
Marche	1.002.966	166.033	86,3%	129.865	212	9,6%	54.919	4,1%	1.353.995	
Lazio	3.906.748	558.708	79,5%	803.176	117.654	16,4%	231.512	4,1%	5.617.798	
Abruzzo	882.324	232.502	88,4%	121.594	55	9,6%	25.123	2,0%	1.261.598	
Molise	195.785	24.904	86,1%	34.711	362	13,7%	437	0,2%	256.199	
Campania	2.860.477	746.053	84,9%	425.758	79.235	11,9%	134.461	3,2%	4.245.984	
Puglia	2.371.792	81.966	86,8%	333.891	7.122	12,1%	32.079	1,1%	2.826.850	
Basilicata	308.349	50.667	83,5%	39.301	1.131	9,4%	30.587	7,1%	430.035	
Calabria	908.946	124.289	80,4%	195.779	10.391	16,0%	46.489	3,6%	1.285.894	
Sicilia	2.844.108	267.022	84,2%	482.007	42.863	14,2%	58.499	1,6%	3.694.499	
Sardegna	1.045.202	211.052	91,9%	76.003	3.075	5,8%	31.431	2,3%	1.366.763	
Italia	39.200.567	4.220.127	82,8%	6.912.585	403.014	14,0%	1.692.678	3,2%	52.428.971	

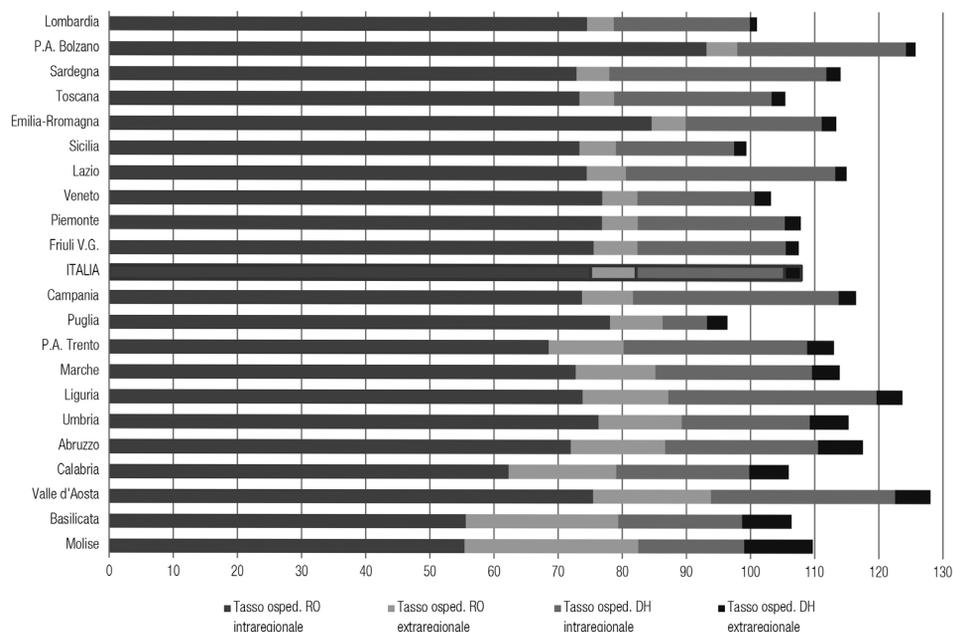
Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO 2022

vato (97,9‰), mentre in riferimento ai tassi in regime diurno sono la Liguria e la Sardegna a registrare i valori più alti (rispettivamente, 36,5 e 36,1 ricoveri per 1.000 abitanti).

Inoltre, lo spaccato del tasso di ospedalizzazione lascia intravedere forme di mobilità interregionale, approfondita anche in seguito. Molise (37,7‰), Basilicata (31,5‰), Valle d'Aosta (23,9‰) e Calabria (22,9‰) presentano il tasso di ospedalizzazione extra-regione più elevati, mentre, al contrario, Sardegna (7,3‰), PA di Bolzano (6,2‰) e Lombardia (5,2‰) registrano i minori livelli di ospedalizzazione extra-regione.

La Tabella 2.9 mostra per gli anni 2019, 2020, 2021 e 2022 il numero di dimessi presso le strutture di ricovero pubbliche per alcune discipline ospedaliere selezionate. Nel 2022, a fronte di un generale aumento del numero di ricoveri rispetto al 2020 fatta eccezione per la lungodegenza, la terapia intensiva e la medicina generale, si registra per tutte le discipline selezionate una sostanziale diminuzione rispetto al 2019 tranne per la terapia intensiva. Le contrazioni più significative in termini assoluti sono rappresentate dai ricoveri in medicina generale (-150.200 ricoveri per il 2021 rispetto al 2019) e in chirurgia generale (-68.981).

Figura 2.16 **Tasso di ospedalizzazione (TO) standardizzato per acuti, per regime di ricovero e regione ogni 1.000 abitanti (2022)**



Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO 2022

Tabella 2.9 **Attività di degenza delle strutture di ricovero pubbliche per alcune discipline ospedaliere selezionate: dimessi (2019, 2020, 2021 e 2022)**

Disciplina	DIMESSI					
	2019	2020	2021	2022	Δ%22-20	Δ%22-19
Medicina generale	868.129	738.246	722.680	717.929	-2,8%	-17,3%
Recupero e riabilitazione	122.556	87.346	85.499	93.823	7,4%	-23,4%
Chirurgia generale	635.820	477.691	518.600	566.839	18,7%	-10,8%
Ortopedia e traumatologia	458.732	353.204	380.725	412.226	16,7%	-10,1%
Ostetricia e ginecologia	603.870	530.683	536.310	543.220	2,4%	-10,0%
Cardiologia	383.766	309.215	338.573	355.180	14,9%	-7,4%
Lungodegenti	54.005	38.882	31.920	33.028	-15,1%	-38,8%
Urologia	247.344	191.168	210.061	231.731	21,2%	-6,3%
Neurologia	164.441	133.167	138.438	144.397	8,4%	-12,2%
Terapia intensiva	55.674	64.979	66.769	58.407	-10,1%	4,9%
Psichiatria	99.778	79.275	81.218	86.356	8,9%	-13,5%
Pediatria	242.797	149.001	161.096	188.750	26,7%	-22,3%
Oncologia	95.062	82.826	82.938	83.692	1,0%	-12,0%
Geriatría	112.145	86.998	87.689	88.716	2,0%	-20,9%
Otorinolaringoiatria	136.233	86.561	94.105	110.591	27,8%	-18,8%

Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN più anni

Con riferimento ai parti, è interessante osservare il numero di punti nascita (PN) pubblici e privati, con un particolare approfondimento su quelli caratterizzati da un volume di erogazione superiore alle soglie di 1.000 parti/anno (Tabella 2.8). I PN, che hanno catalizzato il dibattito pubblico rispetto ai processi di chiusura dei piccoli reparti di maternità, si distribuiscono per l'83,5% in strutture pubbliche (il dato era pari all'82,4% nel 2019 e al 79,7% nel 2009). Campania e Lazio sono le regioni caratterizzate da una maggiore presenza del privato, con la percentuale di strutture pubbliche pari al 58,0% (era il 54,5% nel 2019) e al 58,3% (era il 53,7% nel 2019). Prosegue la riduzione del numero complessivo di PN che passa da 665 nel 2009 a 411 nel 2022, riducendosi di 254 unità, con una diminuzione più marcata nel privato accreditato e non (-49,6%), rispetto al pubblico (-35,3%) dal 2009 al 2022.

A completamento del quadro sui PN, l'ultima colonna della Tabella 2.9 riporta il numero di punti nascita ogni 1.000 parti registrati con riferimento all'anno 2022: valori prossimi a 1,00 per 1.000 eventi nascita indicano una buona capacità di allineamento allo standard ministeriale di 1.000 parti l'anno per PN³⁴; valori inferiori a 1,00 segnalano un bacino d'utenza medio per PN supe-

³⁴ Le linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo hanno fissato la soglia di almeno 1.000 parti/anno quale parametro standard cui tendere per il mantenimento/attivazione dei punti nascita.

riore alle 1.000 unità; viceversa, valori al di sopra di 1,00 indicano una ridotta capacità media dei PN della regione di raggiungere la soglia di casistica. A livello nazionale, rispetto al 2009, si osserva un importante miglioramento del valore dell'indice, che passa da 1,17 a 1,04 per 1.000 neonati. Con riferimento alle singole regioni, è possibile osservare una discreta variabilità interregionale, con valori che oscillano tra l'1,78 punti nascita ogni 1.000 neonati registrato in Molise e lo 0,74 dell'Emilia-Romagna. Coerentemente, si registra un'elevata percentuale di PN con oltre 1.000 parti l'anno in Emilia-Romagna (il 54,5%) e l'assenza di PN con tali caratteristiche in Molise (lo 0%).

Tabella 2.10 **Distribuzione dei punti nascita per regione e tipo di istituto (2022)**

Regione	Strutture pubbliche	Strutture private accreditate	Strutture private non accreditate	TOTALE		
	Numero punti nascita	Numero punti nascita	Numero punti nascita	Numero punti nascita	% con 1.000 parti e oltre	Punti nascita per 1.000 neonati
Piemonte	28		1	29	20,7	1,12
Valle d'Aosta	1			1	0,0	1,28
Lombardia	46	10	1	57	43,9	0,84
P.A. Bolzano	6			6	33,3	1,22
P.A. Trento	4			4	50,0	1,00
Veneto	29	3		32	37,5	1,01
Friuli-Venezia-Giulia	9	1		10	30,0	1,37
Liguria	9	2		11	18,2	1,30
Emilia Romagna	21	1		22	54,5	0,74
Toscana	23	1		24	37,5	1,11
Umbria	6			6	33,3	1,22
Marche	12			12	16,7	1,37
Lazio	21	12	3	36	33,3	1,00
Abruzzo	9			9	22,2	1,12
Molise	3			3	0,0	1,78
Campania	29	21		50	38,0	1,12
Puglia	21	4		25	36,0	0,95
Basilicata	5			5	20,0	1,55
Calabria	11	1		12	41,7	0,89
Sicilia	39	7		46	26,1	1,25
Sardegna	11			11	27,3	1,43
ITALIA 2022	343	63	5	411	34,1	1,04
ITALIA 2019	365	71	7	443	/	1,02
ITALIA 2009	530	124	11	665	/	1,17

Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO 2022

2.4.2 Le attività territoriali

Attraverso i dati pubblicati dal Ministero della Salute all'interno dell'Annuario Statistico, vengono presentate le principali attività territoriali, inclusa l'attività di specialistica ambulatoriale e l'assistenza fornita da strutture residenziali e semiresidenziali. Per ulteriori dettagli sull'attività domiciliare, inclusa l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), e sul settore sociosanitario, si invita a consultare il Capitolo 5 del presente Rapporto.

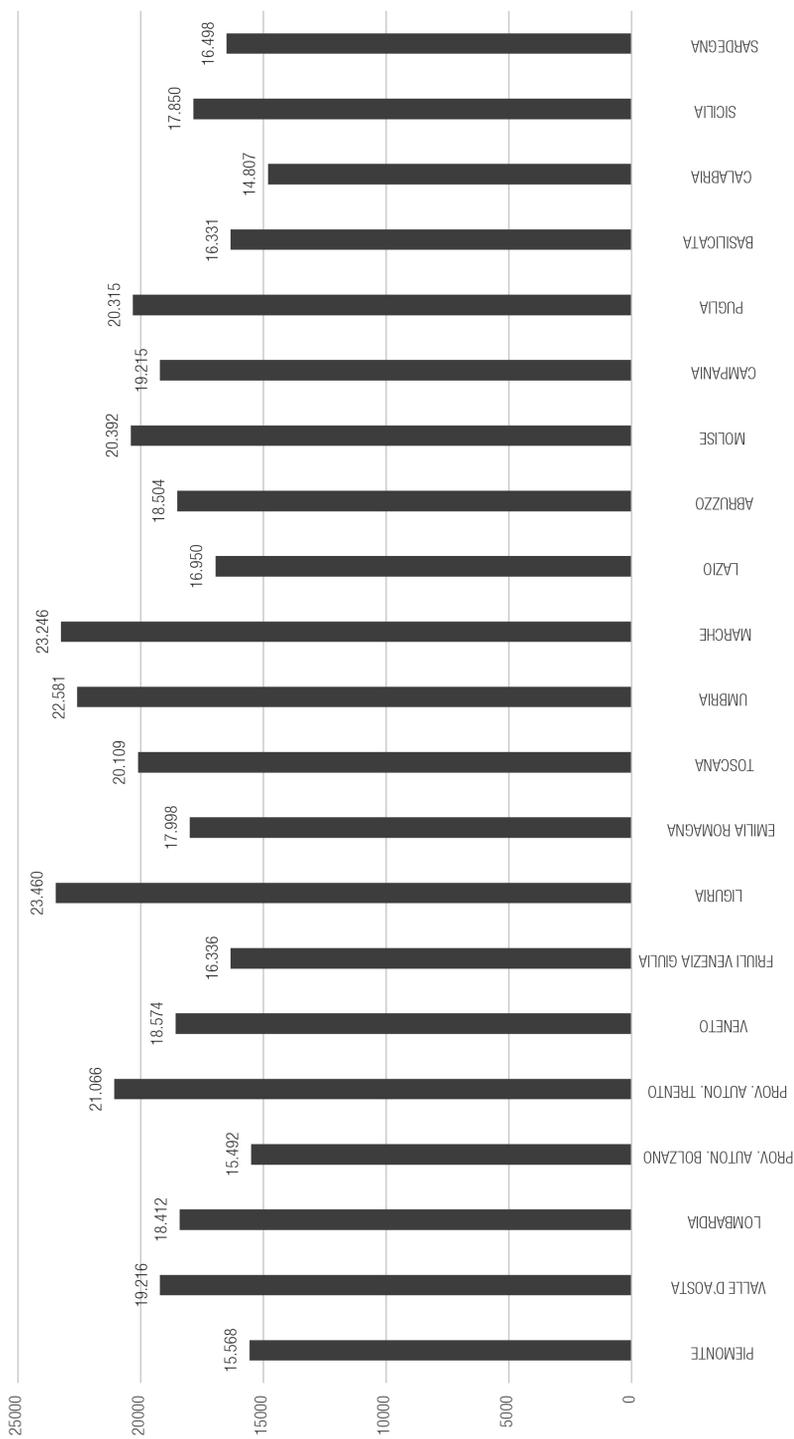
Nel 2022, il numero totale di prestazioni di specialistica ambulatoriale ha raggiunto 1,320 miliardi, segnando un leggero aumento rispetto al 2021 (circa 1,298 miliardi; +1,7%). L'attività di laboratorio ha continuato a rappresentare la categoria predominante, rappresentando l'82,2% del totale. Nonostante l'influenza persistente dall'emergenza Covid-19, l'impatto è rimasto sostanzialmente in linea con quello dell'anno precedente. In generale, le prestazioni hanno mostrato un incremento in modo contenuto in quasi tutti gli ambiti, ad eccezione delle prestazioni di diagnostica – medicina nucleare, che hanno registrato una contrazione del 10%. Tra il 2021 e il 2022, gli incrementi più significativi sono stati osservati nelle prestazioni di radioterapia (+10%) e nella diagnostica strumentale e per immagini (+9%)³⁵. Rispetto alla situazione pre-pandemia da Covid-19, solo l'attività di diagnostica strumentale è tornata ai valori del 2019, mentre le altre macro-categorie hanno registrato un aumento. Tuttavia, le prestazioni di riabilitazione, insieme all'attività clinica sono diminuite del 10,9% e del 9% rispetto al 2019.

Analizzando le prestazioni cliniche per branca specialistica, emerge una rilevante differenziazione regionale nei volumi erogati. I dati regionali sulle prestazioni per 1.000 abitanti mostrano una notevole variabilità nell'attività di laboratorio, dove la Liguria e le Marche registrano i valori più alti, rispettivamente 23,460 e 23,246 test effettuati per 1.000 abitanti (Figura 2.17). Per quanto riguarda la diagnostica strumentale e l'attività di medicina fisica e riabilitativa, la Toscana e la Basilicata si distinguono per i livelli di prestazioni più elevati rispetto ad altre regioni, con 1,661 prestazioni di diagnostica per immagini – radiologia in Toscana, e 3,981 per la riabilitazione in Basilicata (Figura 2.18).

Nel 2023, il Ministero della Salute ha pubblicato una nuova edizione del Rapporto sulla Salute Mentale, focalizzandosi sui dati del 2022. Il rapporto offre un aggiornamento esaustivo riguardo al personale attivo, alle strutture pubbliche e private che forniscono assistenza specializzata e include un'analisi dettagliata dei principali dati di attività e dell'utenza trattata. Dal rapporto emerge che, nel 2022, sono stati identificati 1.222 servizi territoriali (rispetto ai 1.245 del 2021 e ai 1.481 del 2017), 2.001 strutture residenziali (rispetto ai

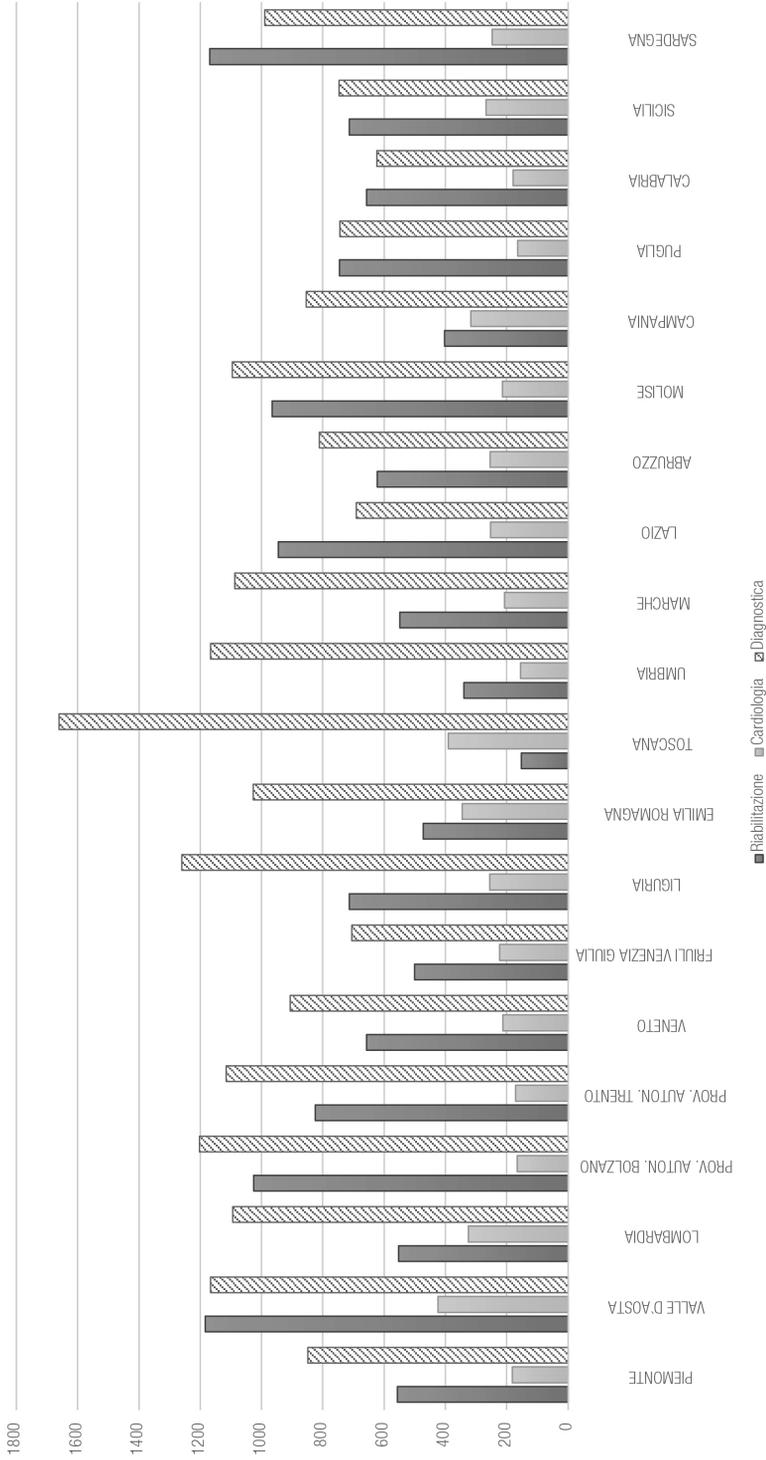
³⁵ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

Figura 2.17 Volumi di prestazioni di laboratorio per 1.000 abitanti (2022)



Fonte: Elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2022

Figura 2.18 Volumi di prestazioni cardiologia, riabilitazione e radiologia diagnostica per 1.000 abitanti (2022)*



* La Basilicata è stata esclusa dal grafico poiché i suoi livelli di prestazione per la riabilitazione risultano significativamente più alti rispetto a quelli delle altre regioni, alterando la scala di rappresentazione.

Fonte: Elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2022

1.983 del 2021, e ai 2.346 del 2017), e 776 strutture semiresidenziali (a confronto con le 742 del 2021 e 908 del 2017). Rispetto agli anni precedenti, nel 2022 si registra una riduzione del numero di servizi territoriali, mentre per i servizi residenziali e semiresidenziali si osserva un'inversione di tendenza, con un incremento delle strutture e dei servizi.

Per quanto riguarda la capacità di accoglienza nelle strutture residenziali, si rileva una media di 5,2 PL per 10.000 abitanti, mentre nelle strutture semiresidenziali tale valore scende a 2,8 PL. Tuttavia, queste cifre mostrano significative differenze interregionali, soprattutto nel caso delle strutture residenziali. Ad esempio, la disponibilità di posti letto varia notevolmente: da valori elevati in Liguria, Marche e Valle d'Aosta (rispettivamente 15,7 PL, 12,8 PL e 10 PL per 10.000 abitanti), a dati notevolmente inferiori alla media nazionale in regioni come Calabria, Campania e PA Bolzano (rispettivamente 2,5 PL, 2,3 PL e 3,4 PL per 10.000 abitanti).

Tabella 2.11 **Utenti presenti in strutture territoriali psichiatriche: tassi standardizzati per 10.000 abitanti (2022, 2021, 2020) e differenza 2020-2021 e 2022-2020***

REGIONE	2020	2021	2022	Δ 2022-2021	Δ 2022-2020
Abruzzo	132,9	139,0	139,6	0,5	6,7
Basilicata	140,8	154,0	134,6	-19,4	-6,2
Bolzano	134,2	366,1	269,4	-96,7	135,2
Calabria	187,7	-	216,2	-	28,5
Campania	113,3	153,5	126,4	-27,1	13,1
Emilia-Romagna	190,2	175,2	208,2	33,0	18,0
Friuli Venezia Giulia	120,5	174,2	107,4	-66,8	-13,1
Lazio	109,7	119,5	125,0	5,5	15,3
Liguria	137,8	243,1	156,7	-86,3	18,9
Lombardia	123,8	155,4	166,2	10,8	42,4
Marche	121,6	115,3	96,1	-19,2	-25,5
Molise	170,7	190,5	96,4	-94,1	-74,3
Piemonte	146,8	148,8	155,6	6,8	8,8
Puglia	140,2	144,8	158,0	13,3	17,8
Sardegna	91,5	111,4	72,4	-39,0	-19,1
Sicilia	161,6	147,2	123,1	-24,1	-38,5
Toscana	101,2	94,3	83,8	-10,5	-17,4
Trento	173	177,6	181,0	3,3	8,0
Umbria	189,3	193,5	192,2	-1,3	2,9
Valle d'Aosta	163,5	197,9	207,0	9,2	43,5
Veneto	141	149,4	153,3	3,9	12,3
ITALIA	135,8	145,1	146,6	1,6	10,8

* Non sono disponibili i dati della Calabria per l'anno 2021.

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute, NSIS – Sistema informativo salute mentale (SISM), 2022.

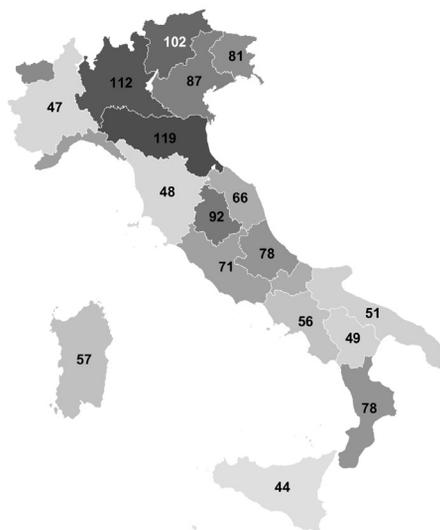
Analizzando i dati di attività del 2022, si contano complessivamente 776.829 utenti assistiti con almeno un contatto presso strutture territoriali psichiatriche, segnando un leggero calo dello 0,25% rispetto al 2021 (una diminuzione di 1.908 utenti). Inoltre, il numero di utenti presenti in strutture territoriali per 10.000 abitanti adulti passa da 145,1 nel 2021 a 146,6 nel 2022. Emerge una rilevante variabilità tra le regioni, come mostrato nella Tabella 2.11. Tra il 2021 e il 2022, in quasi tutte le regioni si registrano significative contrazioni nei valori; le più marcate si osservano nella PA di Bolzano e in Molise, con rispettivamente -96,7 e -94,1 utenti per 10.000 abitanti adulti. Al contrario, si riscontrano aumenti in Emilia-Romagna e Puglia (+33 e +13,3 utenti per 10.000 abitanti).

2.4.3 Alcuni indicatori di efficacia gestionale

La rappresentazione dei livelli di efficacia (rapporto output/outcome) raggiunti dal SSN sono approfonditi nel Capitolo 7 del presente Rapporto. Questo paragrafo intende evidenziare alcuni primi elementi.

Un primo aspetto importante ricade nell'ambito delle cure e servizi territoriali: il livello di accessibilità e funzionalità degli stessi. Una misura proxy è rappresentata dai tassi di ospedalizzazione per la cura delle patologie croniche quali diabete, asma e malattie polmonari croniche ostruttive. Tutte queste patologie dovrebbero essere gestite primariamente sul territorio. Pertanto, l'ipotesi è che maggiori sono i tassi di ospedalizzazione, minore è l'accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali. La Figura 2.19 mostra per l'anno 2022 il dato aggregato sui ricoveri ogni 100.000 abitanti per le tre casistiche sopra riportate. Nonostante sussista variabilità regionale, ad esempio l'Emilia-Romagna risulta la Regione con il dato più elevato (119 ospedalizzazioni ogni 100.000 abitanti), mentre la Sicilia (44) registra i valori più bassi, complessivamente i valori italiani sono tra i più bassi a livello internazionale (Figura 2.29), grazie a una forte diminuzione dal 2001 ad oggi, passando da un valore superiore ai 400 ricoveri ogni 100.000 abitanti agli attuali 75.

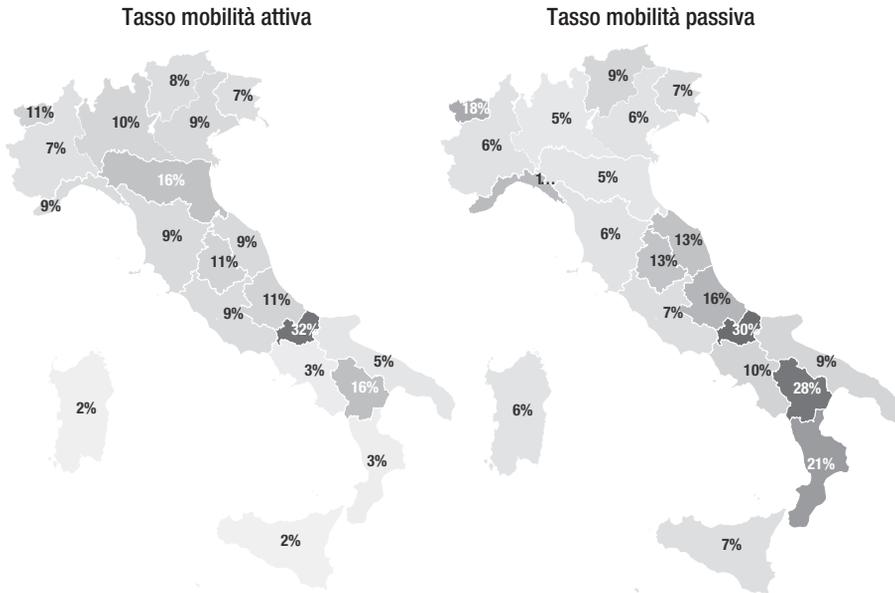
Un secondo aspetto particolarmente rilevante riguarda la migrazione sanitaria, ossia la fruizione di una prestazione sanitaria in una struttura localizzata in un'altra regione o in un altro Paese rispetto a quelli di residenza. Tale fenomeno può essere motivato sia da ragioni fisiologiche (come la presenza di centri di alta specialità o per malattie rare) o da ragioni proprie del paziente (esigenze geografiche o familiari), che da elementi patologici come un'inadeguata distribuzione dei servizi diagnostico-terapeutici, disinformazione, oppure differenze reali o percepite nella qualità delle cure offerte dalle strutture regionali ed extraregionali. L'analisi dei flussi di mobilità può essere, quindi, utilizzata per valutare la qualità dei servizi sanitari offerti dalle diverse strutture o regioni, considerando le scelte di mobilità dei pazienti come una proxy della reputazione delle stesse. La Figura 2.20 sintetizza le informazioni di mobilità per il

Figura 2.19 **Regioni per TO per asma, BPCO e diabete per 100.000 abitanti (2022)**

Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO 2022

2022 relative ai ricoveri ordinari per acuti effettuati in strutture pubbliche e private accreditate, evidenziando il tasso di mobilità attiva (ricoveri di pazienti provenienti da altre regioni sul totale dei ricoveri della regione) e il tasso di mobilità passiva (percentuale di ricoveri dei residenti in strutture fuori regione sul totale dei ricoveri della regione) nelle diverse regioni italiane. Dal 2008 al 2022, l'entità complessiva della mobilità fuori regione è lievemente aumentata, passando dal 7,4% dei ricoveri ordinari per acuti all'8,3% nel 2022 (cioè, in termini assoluti, 441.118 ricoveri nel 2022), dopo una sostanziale diminuzione durante il periodo pandemico (8,3% nel 2019, 7,2% nel 2020 e 4,9% nel 2021). A livello regionale, Lombardia, Emilia-Romagna e Toscana si distinguono per tassi di mobilità passiva molto contenuti a fronte di tassi di mobilità attiva sopra la media nazionale (c.d., regioni «attrattive», Cantù, 2002). In Calabria si riscontra, invece, la condizione opposta con un tasso di mobilità attiva molto contenuto e un tasso di mobilità passiva molto elevato (c.d., regioni «in deficit»). In alcune regioni, infine, si osserva una diffusa mobilità, con tassi di mobilità attiva e passiva simili ed estremamente elevati: è il caso della Basilicata o del Molise (c.d., regioni «specializzate»).

Infine, nella Figura 2.21 i dati di mobilità sono stati elaborati calcolando l'assorbimento e la generazione di mobilità. L'assorbimento della mobilità è definito come il rapporto tra la mobilità attiva di una regione e la mobilità totale a livello nazionale tra le regioni, mentre la generazione della mobilità è definita come il rapporto tra la mobilità passiva di una regione e la mobilità

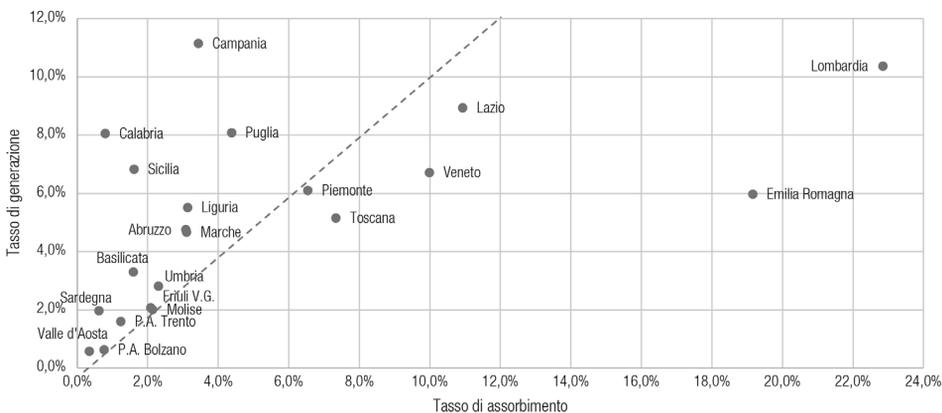
Figura 2.20 **Regioni per tasso di mobilità attiva e passiva (2022)**

Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO 2022

totale a livello nazionale tra le regioni. Questi indicatori, dunque, non scontano le dimensioni relative delle diverse regioni in termini di attività sanitaria, ma, al contrario, sono utili a fornire una rappresentazione immediata del volume di mobilità generato e assorbito da ogni regione relativamente alla mobilità italiana complessiva. Da queste elaborazioni è possibile verificare che, nel 2022, la Lombardia attrae il 22,8% della mobilità complessiva fuori regione, seguita da Emilia-Romagna (19,2%), Lazio (10,9%) e Veneto (10,0%). Al contrario, se si considera la provenienza dei pazienti ricoverati fuori regione rispetto alla mobilità complessiva, è la Campania a presentare la percentuale più elevata (11,1%), seguita da Lombardia (10,4%), Lazio (8,9%), Puglia (8,1%) e Calabria (8,1%). Interessante anche considerare la differenza tra tasso di generazione e tasso di assorbimento di mobilità. L'Emilia-Romagna risulta al netto la Regione che più assorbe mobilità assieme alla Lombardia. Viceversa, Campania, Calabria e Sicilia risultano le regioni che, al netto, generano maggiore mobilità.

Un terzo e ultimo aspetto particolarmente rilevante è il tema delle liste di attesa per il forte impatto che riveste sia sul SSN che sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei LEA. Le liste di attesa hanno rivestito un ruolo importante nel dibattito pubblico in seguito alla pandemia di Covid-19 e ancora oggi appaiono al centro dell'attenzione collet-

Figura 2.21 **Tasso di assorbimento e generazione della mobilità nelle regioni (2022)**



Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO 2022

tiva. Il Decreto del Ministero della Salute del 21 giugno 2019 aveva già istituito l'Osservatorio Nazionale sulle liste di attesa, mentre nel corso del 2024 il Decreto-Legge 7 giugno 2024 n. 73 ha previsto l'istituzione presso AGENAS della Piattaforma nazionale delle liste di attesa al fine di realizzare l'interoperabilità tra le diverse regioni. La Tabella 2.12 mostra alcuni dati nazionali che nascondono però significative differenziazioni tra regioni, aziende e stabilimenti ospedalieri. A livello nazionale si conferma la capacità di rispondere in tempi più brevi alle condizioni più gravi, mostrando invece tempi di attesa più lunghi per gli interventi che non hanno un impatto sulla sopravvivenza del paziente. Tuttavia, si evidenziano crescenti difficoltà: nel 2022 la maggior parte delle prestazioni urgenti registrano, sia rispetto al 2010 che al 2019, un aumento delle giornate di attesa, esacerbato anche dagli effetti della pandemia di Covid-19.

2.5 Struttura dell'offerta, personale e attività dei sistemi sanitari: un confronto internazionale

Il presente paragrafo descrivere in chiave comparativa alcuni sistemi sanitari del panorama internazionale analizzando:

- ▶ dati sulla dotazione di posti letto e sul personale medico ed infermieristico (input);
- ▶ dati riguardanti il livello di utilizzo delle strutture ospedaliere (dimissioni e degenza media – output);

Tabella 2.12 **Tempi medi di attesa per procedure in RO e DH (2010; 2015; 2019-2022)**

Regime Ordinario	2010	2015	2019	2020	2021	2022	Δgg 2022-19	Δ% 2022-19
Tumore alla mammella	22,7	26,0	26,6	26,4	26,7	30,1	3,5	13,2%
Tumore alla prostata	40,2	47,5	52,8	48,8	47,9	51,0	-1,8	-3,4%
Tumore al colon retto	20,5	22,8	23,1	22,8	21,3	25,7	2,6	11,3%
Tumore all'utero	21,5	24,3	25,2	24,0	23,9	30,3	5,1	20,2%
Bypass coronarico	23,2	22,1	22,3	23,3	23,6	23,5	1,2	5,4%
Angioplastica coronarica (PTCA)	20,6	21,3	27,3	26,8	24,3	28,0	0,7	2,6%
Endoarteriectomia carotidea	42,0	40,7	44,2	50,7	43,8	42,5	-1,7	-3,8%
Protesi d'anca	83,3	79,3	80,5	82,2	81,0	83,7	3,2	4,0%
Tumore al polmone	19,6	24,3	23,6	23,0	22,8	24,7	1,1	4,7%
Tonsillectomia	76,4	92,1	121,9	154,0	161,5	146,2	24,3	19,9%

Regime Diurno	2010	2015	2019	2020	2021	2022	Δgg 2022-19	Δ% 2022-19
Chemioterapia	-	11,3	9,6	9,4	9,2	11,9	2,3	24,0%
Coronarografia	-	28,7	29,5	33,8	32,6	32,9	3,4	11,5%
Biopsia percutanea del fegato	-	15,1	13,0	13,2	12,0	11,9	-1,1	-8,5%
Emorroidectomia	-	50,5	97,1	101,7	98,3	115,0	17,9	18,4%
Interventi per ernia inguinale	-	64,0	104,2	108,2	130,5	135,7	31,5	30,2%

Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO 2022

- ▶ dati relativi all'appropriatezza delle prestazioni erogate (proporzione dei parti cesarei; ospedalizzazioni per asma, BPCO e diabete – outcome).

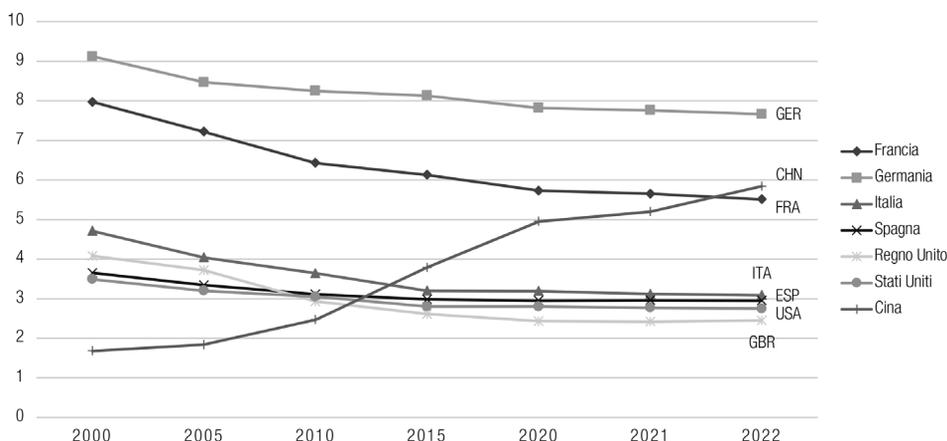
Di seguito si illustra l'andamento delle dotazioni di posti letto in regime ordinario³⁶ nelle strutture sanitarie ospedaliere in alcuni Paesi selezionati per disponibilità del dato e rilevanza (Figura 2.22)³⁷.

Tra il 2000 e il 2022, il numero di PL per 1.000 abitanti è sostanzialmente diminuito in tutti i paesi considerati con l'unica eccezione della Cina che passa da una dotazione di 1,7 PL ogni 1.000 abitanti nel 2000 a 5,8 nel 2022. Certamente l'evoluzione tecnologica ha permesso di trattare alcune patologie in setting ambulatoriale e in regime di *day hospital* e *day surgery*, rimodulando così l'offerta e riducendo la dotazione necessaria di PL ospedalieri per la degenza ordinaria (*European Observatory on Health Systems and Policies*, 2012). La riduzione è stata anche accompagnata, in alcuni Paesi, da una diminuzione delle dimissioni ospedaliere, più avanti nel paragrafo.

³⁶ Sono inclusi i PL per acuti in regime ordinario (*curative care beds*), riabilitativi, psichiatrici e di lungodegenza. Sono esclusi i PL in *day-hospital*.

³⁷ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

Figura 2.22 **Numero posti letto in regime ordinario ogni 1.000 abitanti (2000, 2005, 2010, 2015, 2020, 2021; 2022)**



Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD 2024

Il secondo rilevante input da considerare nell'analisi dei sistemi sanitari è il personale³⁸. L'analisi dei dati internazionali evidenzia una dotazione di personale sanitario fortemente differenziata nei diversi Paesi.

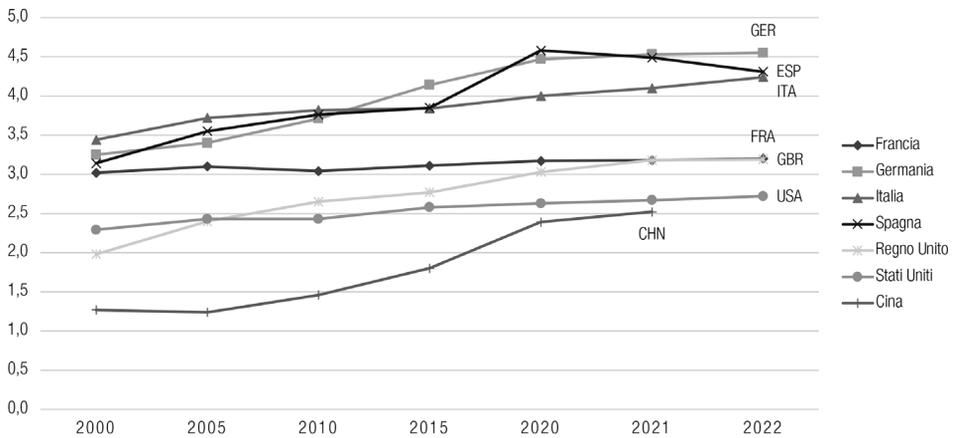
Anche in termini di personale medico (Figura 2.23)³⁹, la Cina ha sperimentato un sostanziale aumento negli ultimi venti anni, registrando 2,5 medici ogni 1.000 abitanti nel 2021 (ultimo valore disponibile al tempo della scrittura del capitolo). Tra gli altri Paesi considerati, gli Stati Uniti registrano il valore più basso (2,7). La Germania registra invece i valori più elevati tra i Paesi considerati con 4,6 medici ogni 1.000 abitanti nel 2022, seguita da Spagna (4,3) e Italia (4,2).

Particolare attenzione deve essere posta all'invecchiamento del personale medico. Si segnala infatti un diffuso aumento del numero di medici con almeno 55 anni di età sul totale dei medici. La Figura 2.24 mostra come tra 2005 e 2021 tale fenomeno abbia riguardato pressoché tutti i Paesi osservati, fatta eccezione per il Regno Unito. Più in generale, se si considera la media dei Paesi analizzati, si registra un incremento consistente nel periodo di tempo considerato pari a 12,5 punti percentuali, con valori che passano dal 25,2% del 2005

³⁸ Sono qui considerati medici e infermieri che esercitano la pratica clinica. Tra i primi sono ricompresi i MMG e gli specialisti che praticano la professione nell'ambito dei servizi sanitari pubblici e privati, mentre sono esclusi i dentisti e gli stomatologi, i professionisti con profilo esclusivamente amministrativo o di ricerca o i medici praticanti in un altro Paese; tra i secondi, invece, sono escluse le ostetriche. Laddove necessario, per alcuni Paesi vengono considerate tutte le figure «professionalmente attive» nel settore. Tale modifica è di volta in volta segnalata in nota.

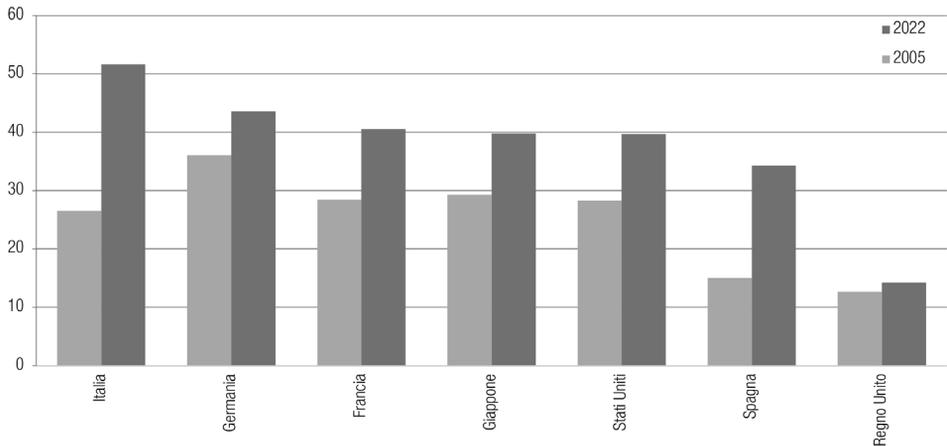
³⁹ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

Figura 2.23 **Numero medici ogni 1.000 abitanti (2000; 2005; 2010; 2015; 2020; 2021; 2022)**



Fonte: Elaborazione su dati OECD 2024

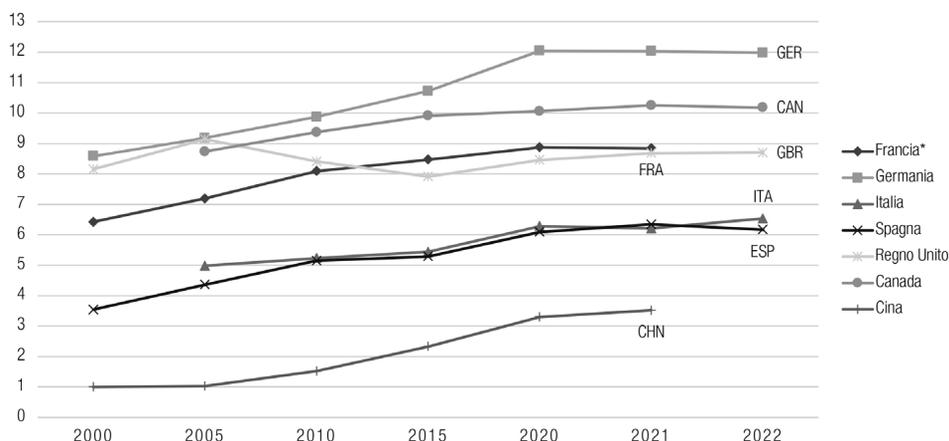
Figura 2.24 **Percentuale di medici con oltre 55 anni di età sul totale (2005 e 2022)**



Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD 2024

al 37,7% del 2022. Rispetto a questo indicatore, l'Italia fa registrare un duplice risultato negativo: (i) a dati più recenti è il Paese che mostra la maggiore incidenza percentuale di medici oltre i 55 anni (51,6%, nel 2022, in contenuto miglioramento rispetto al 2021 quando il dato era pari a 55,22%) e (ii) rispetto al 2005 (26,5%) è il Paese che registra l'incremento più consistente, pari a 25,1 punti percentuali.

Figura 2.25 **Numero infermieri ogni 1.000 abitanti (2000; 2005; 2010; 2015; 2020; 2021; 2022)**



(*) Per la Francia sono considerati gli infermieri professionalmente attivi, tranne per il 2021 dove il dato, coerentemente agli altri Paesi, è relativo agli infermieri che praticano la professione.

Fonte: Elaborazione su dati OECD 2024

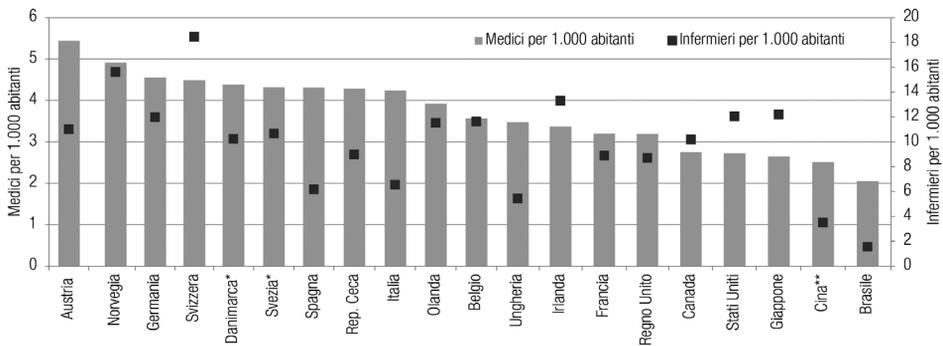
Considerando invece il numero di infermieri per 1.000 abitanti, nel 2022 (Figura 2.25), tra i Paesi considerati la Germania conta la più alta densità di infermieri per popolazione residente, pari a 12,0 infermieri ogni 1.000 abitanti. L'Italia, con 6,5 infermieri ogni 1.000 abitanti, risulta avere circa la metà degli infermieri della Germania. A partire dal 2000 la densità degli infermieri è aumentata in tutti i Paesi considerati, specialmente in Cina che registra +252% infermieri ogni 1.000 abitanti tra il 2000 e il 2021 (ultimo dato disponibile), passando da 1 a 3,5.

Osservando il rapporto tra infermieri e medici (Figura 2.26)⁴⁰ è possibile rappresentare lo *skill-mix* in alcuni Paesi considerati. Italia, Spagna, Cina e Brasile presentano nel 2022 (o nell'ultimo anno disponibile) una minore disponibilità di infermieri per medico (rispettivamente 1,5, 1,4, 1,4 e 0,8 infermieri per medico), il Giappone registra il valore più alto (con 4,6 infermieri per medico). Infine, Olanda, Francia, Regno Unito e Germania registrano valori medi (tra il 2,9 e il 2,6 infermieri per medico).

Definiti gli input dei sistemi sanitari, si passa ora ad analizzare gli output in termini di livello di utilizzo dei servizi sanitari. Con riferimento in particolare all'attività ospedaliera, storicamente l'Italia presenta un numero di dimissioni ospedaliere (*inpatient care*) per 100.000 abitanti inferiore alla maggior parte dei

⁴⁰ Il rapporto infermieri/medici è stato calcolato come rapporto tra *nurse density* e *physician density*.

Figura 2.26 **Numero medici e infermieri ogni 1.000 abitanti (2022 o ultimo anno disponibile)**



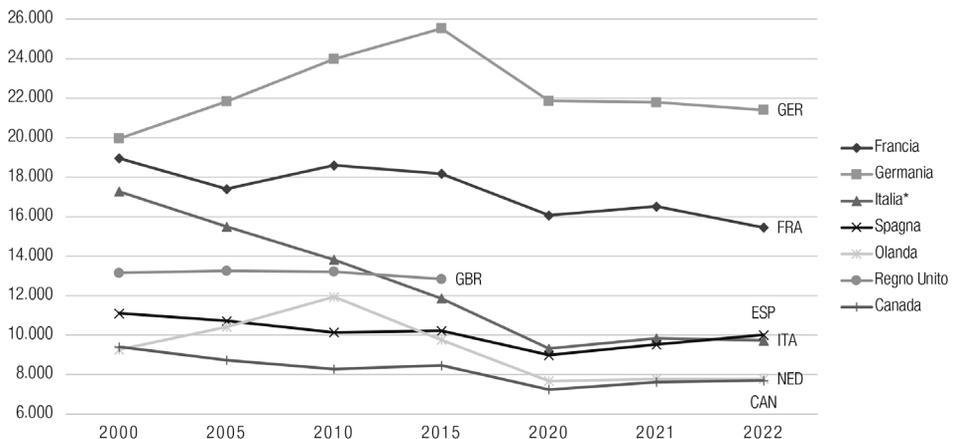
(*) Dato relativo al 2020, ultimo disponibile.

(**) Dato relativo al 2021, ultimo disponibile.

Fonte: Elaborazione su dati OECD 2024

Paesi UE analizzati, ad esclusione di Spagna e Olanda (Figura 2.27). Di converso, la Germania registra i più elevati numeri di dimissioni ogni 100.000 abitanti, come riflesso dell'ampia offerta di posti letto precedentemente illustrata. Tra i fattori che contribuiscono a spiegare i diversi tassi di utilizzo dei servizi ospedalieri rientra la possibilità che le cure erogate in regime di ricovero in alcuni Paesi siano invece erogate in setting ambulatoriale (Peterson e Burton, 2007).

Figura 2.27 **Dimissioni ospedaliere in regime ordinario, per 100.000 abitanti (2000; 2005; 2010; 2015; 2020; 2021; 2022)***

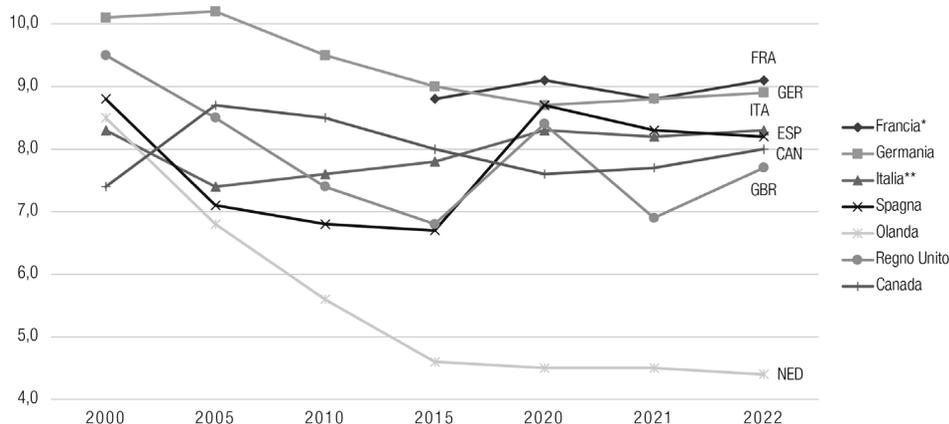


(*) Sono esclusi dal calcolo i ricoveri erogati in regime diurno (day-hospital).

(**) Per l'Italia, i dati del 2000 si riferiscono al 2001.

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2023

Figura 2.28 **Durata media della degenza ospedaliera per ricoveri ordinari (2000; 2005; 2010; 2015; 2020; 2021; 2022)***



La degenza media è calcolata escludendo i ricoveri in *day hospital*.

(*) I dati del 2015 si riferiscono al 2016 per un'interruzione della serie storica. (**) I dati del 2000 si riferiscono al 2001.

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD 2024

Estremamente rilevante risulta comparare i volumi di dimissioni degli anni della pandemia di Covid-19⁴¹. Si nota infatti, una sostanziale diminuzione dell'attività ospedaliera in tutti i Paesi nell'anno 2020. Nel 2022 nessuno dei Paesi considerati per i quali sono disponibili i dati è tornato a livelli pre-pandemia.

Con riferimento alla degenza media (Figura 2.28) tra i Paesi considerati si registra una generalizzata diminuzione dei giorni tra il 2000 e il 2022. Il 2020 (anno dello scoppio della pandemia) ha però segnato una variazione delle serie storiche in molti dei Paesi analizzati, invertendo in molti casi la tendenza (è possibile fare riferimento al capitolo 2 del rapporto OASI 2022)⁴².

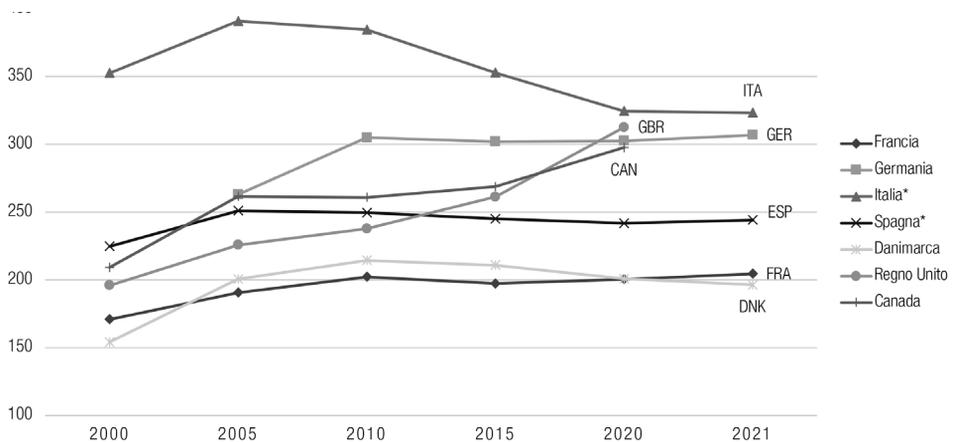
Dopo aver considerato gli output dei sistemi sanitari, è interessante analizzare il grado di appropriatezza delle prestazioni erogate. In particolare, vengono prese in considerazione due tipologie di indicatori: la proporzione dei parti cesarei sul numero di nati vivi (per il quale l'ultimo dato disponibile è relativo al 2021) e il tasso di ospedalizzazione per alcune condizioni croniche considerate trattabili in regime ambulatoriale (asma, diabete e BPCO).

Secondo quanto stabilito dal WHO nel 1985, la percentuale di parti cesarei in una determinata regione non dovrebbe essere superiore al 10-15% (Gibbons *et al.*, 2010). Nonostante ciò, nessuno dei Paesi considerati si attesta su valori

⁴¹ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

⁴² Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

Figura 2.29 **Numero di parti cesarei ogni 1.000 nati vivi (2000; 2005; 2010; 2015; 2020; 2021)**



(*) Per Italia e Spagna, i dati del 2000 si riferiscono al 2001.

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD 2024

prossimi all'indicazione del WHO (Figura 2.29). L'Italia, tra i Paesi con proporzioni più alte, dal 2011 ha invertito la tendenza e si attesta nel 2021 su valori prossimi a quelli tedeschi⁴³.

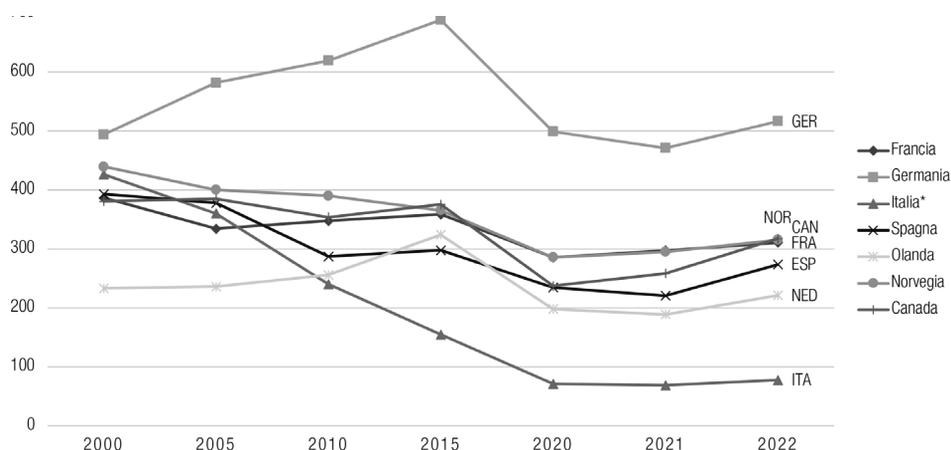
Per finire, si analizzano i dati di ospedalizzazione per condizioni croniche, che rappresentano un'ulteriore misura *proxy* dell'appropriatezza delle prestazioni erogate. Un elevato tasso di ospedalizzazione per patologie quali asma, BPCO e diabete può infatti derivare dalla bassa qualità delle cure primarie, oppure da un deficit strutturale nel numero di medici di famiglia (Menn *et al.*, 2012; Rosano *et al.*, 2013). Oltre metà delle ospedalizzazioni evitabili è legata ad una diagnosi di BPCO, seguita da complicanze da diabete e da asma (Figura 2.30)⁴⁴.

Nel 2022, a differenze degli anni 2020 e 2021, il dato sulle ospedalizzazioni per asma, BPCO e diabete riscontra un generalizzato lieve aumento, in seguito all'attenuazione della riduzione delle attività ospedaliere per effetto della pandemia. Anche nel 2022, la Germania con 516 ricoveri ogni 100.000 abitanti è il Paese tra quelli considerati con il più alto livello di ospedalizzazioni considerate come potenzialmente inappropriate. L'Italia, al contrario, è il Paese tra quelli in analisi in cui si osserva il valore più contenuto (78).

⁴³ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

⁴⁴ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

Figura 2.30 **Numero di ospedalizzazioni per asma, BPCO e diabete per 100.000 abitanti (2000; 2005; 2010; 2015; 2020; 2021; 2022)**



(*) Per Italia, i dati del 2000 si riferiscono al 2001.

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD 2024

2.6 Povertà e povertà sanitaria: una rassegna

2.6.1 Aspetti introduttivi

Negli ultimi mesi l'attenzione dei media, dell'opinione pubblica e delle forze politiche e sociali si è molto concentrata sulla crescita evidente nel nostro paese delle persone in condizioni di povertà e sui suoi effetti sull'accesso ai servizi sanitari. La rinuncia alle cure e alle attività di prevenzione è un sintomo sempre più allarmante di questa situazione economica ed è sottolineato da tutte le ricerche di Istat e di altri centri di ricerca.

Le relazioni tra condizioni economiche, ricorso ai servizi sanitari e condizioni di salute appaiono molto complesse e sono definite da un insieme di variabili spesso di carattere ambivalente. Condizioni negative dello stato di salute possono essere la conseguenza di carenze dal punto di vista economico, abitativo, culturale, nell'accesso ai servizi sanitari e sociali, ma anche la causa del deterioramento del proprio status economico e, più generale, del benessere degli individui, soprattutto nel caso di patologie croniche e invalidanti.

Per offrire un quadro analitico esaustivo su queste tematiche la rassegna di ricerche a cui facciamo riferimento in questo paragrafo è intesa come un contributo alla riflessione generale sulle attività del SSN, sui suoi limiti organizzativi e strutturali, nonché come spunto per definire policy più rispondenti ai reali fabbisogni di salute e benessere dei cittadini.

2.6.2 La dimensione della povertà in Italia

In Italia e in generale in tutte i paesi avanzati, l'incidenza della povertà assoluta⁴⁵ e le sue variazioni annuali sono sempre più considerate un riferimento nel dibattito pubblico sulle condizioni economiche delle famiglie.

La povertà assoluta si differenzia da quella relativa per due principali motivi:

1. nel criterio relativo la linea di povertà (che distingue chi è povero da chi non lo è) è una certa percentuale del reddito o del consumo medio o mediano della popolazione di riferimento, nel criterio assoluto la linea coincide con il valore monetario di un paniere di beni e servizi il cui consumo è ritenuto essenziale per vivere in condizioni dignitose;
2. nel criterio relativo la soglia di povertà viene ogni anno aggiornata in base sia all'andamento del reddito medio sia del livello dei prezzi, in quello assoluto cambia solo in base al tasso di inflazione.

In sostanza la povertà si definisce «assoluta» in quanto non è calcolata relativamente al reddito medio o relativamente ai livelli medi di consumo, ma su un paniere di beni ben individuato.

Nel nostro paese le prime stime della povertà assoluta risalgono al 1997 quando Istat, accanto ai tradizionali indicatori di povertà relativa, mise a punto una metodologia di misura della povertà assoluta basata su un insieme di bisogni essenziali a partire dai quali individuare un paniere minimo di beni e servizi tali da consentire un livello di vita accettabile. Questo paniere è composto da tre distinte componenti: alimentare, abitativa e residuale (tra cui le spese per la salute). Su questa base le linee di povertà dipendevano da tre dimensioni principali: tipo di famiglia in base a età e numero dei componenti, area geografica (Nord, Centro e Mezzogiorno), tipologia di comune (area metropolitana, periferia di area metropolitana e comuni con almeno 50mila abitanti, altri comuni con meno di 50mila abitanti).

Nel 2023 Istat ha aggiornato il metodo di calcolo allo scopo di rendere più aderenti i risultati rispetto ai cambiamenti delle componenti del paniere e

⁴⁵ Le soglie di povertà assoluta esistenti in vari paesi del mondo sono molto diverse tra loro e sono fondate su una differente concezione dei bisogni fondamentali. La World Bank e l'ONU utilizzano, prevalentemente, un paniere che comprende solo beni essenziali. A livello europeo il criterio relativo è di gran lunga prevalente, tanto che l'Eurostat calcola la povertà solo secondo questo metodo, mentre l'Istat utilizza non solo l'approccio relativo (sia in termini di reddito che di spesa per consumi), ma anche quello assoluto. L'Italia adotta una concezione più ampia di povertà assoluta utilizzando un paniere di beni molto più esteso. Per queste ragioni, la povertà assoluta rappresenta, in alcuni casi, condizioni di deprivazione meno severe di quelle evidenziate dalla soglia di povertà relativa. Si vedano a questo proposito i contributi di Remo Siza. La povertà assoluta: tra recenti revisioni e nuove prospettive di indagine, in welforum.it e di Stefano Doso, Povertà assoluta: aggiornato il metodo di calcolo, in lavoce.info.

considerando non più le variazioni dei prezzi nelle tre macro-aree territoriali (Nord, Centro e Sud-Isole), ma in tutte le 20 regioni italiane.

Ovviamente le stime della povertà assoluta prodotte dall'Istat si riferiscono alla sola dimensione economica, cioè alla capacità di spesa delle famiglie. Il tenore di vita è un concetto più ampio e multidimensionale e dipende anche da fattori come la disponibilità dei servizi pubblici. Spesso questi servizi sono meno presenti e di qualità inferiore proprio nelle zone in cui il costo della vita è più basso.

Le analisi Istat ci confermano che nel 2022 sono poco più di 2,18 milioni le famiglie in povertà assoluta, per un totale di oltre 5,6 milioni di individui, in crescita rispetto all'anno precedente nonostante l'introduzione di alcune misure di sostegno come i bonus sociali per l'energia e il gas.

In larga misura l'aumento osservato è imputabile alla forte accelerazione dell'inflazione registrata nel 2022, il cui impatto è risultato particolarmente elevato per le famiglie meno abbienti.

L'incidenza delle famiglie in povertà assoluta si conferma più alta nel Mezzogiorno (10,7%, da 10,1% del 2021), con un picco nel Sud (11,2%), seguita dal Nord-est (7,9%) e Nord-ovest (7,2%), mentre il Centro conferma i valori più bassi dell'incidenza (6,4%).

Tra le famiglie povere il 41,4% risiede nel Mezzogiorno (41,7% nel 2021) e il 42,9% al Nord (42,6% nel 2021).

Rispetto alla tipologia del comune di residenza, l'incidenza di povertà è più elevata per i comuni più piccoli, fino a 50mila abitanti non appartenenti ad aree metropolitane.

La crescita dell'incidenza a livello individuale osservata nel 2022 è il risultato di un aumento più accentuato nel Mezzogiorno che conta oltre 2 milioni 500mila individui in povertà assoluta rispetto a circa 2 milioni 298mila residenti nelle regioni del Nord.

L'incidenza di povertà assoluta individuale fra i minori si attesta al 13,4% (poco meno di 1,27 milioni di persone); è al 12,0% fra i giovani di 18-34 anni (pari a 1 milione 157mila individui) e al 6,3% per gli over65 (circa 881mila persone).

A livello familiare la povertà assoluta è più elevata tra le famiglie con un maggior numero di componenti, specie nel caso della presenza di tre o più figli minori, mentre decresce all'aumentare dell'età della persona di riferimento e al crescere del titolo di studio della stessa.

2.6.3 La povertà sanitaria: il ricorso al Banco Farmaceutico

Una dimensione della povertà significativa è quella riguardante le persone che rinunciano alle cure e alla partecipazione alle attività di prevenzione, nonché quegli individui che chiedono aiuto in diverse forme alle realtà assistenziali.

Cominciando da queste ultime, il dato più eclatante dell'11° Rapporto Donare per Curare del Banco Farmaceutico è che nel corso del 2023 il 7% della popolazione ha dovuto chiedere aiuto ad una delle 1.892 realtà assistenziali convenzionate per ricevere gratuitamente farmaci e cure.

Le strutture convenzionate con Banco Farmaceutico comunicano annualmente il proprio fabbisogno e le caratteristiche demografiche e sanitarie delle persone che assistono e questo consente definire con maggiore precisione le variabili di una componente rilevante della povertà sanitaria in Italia.

Nel 2023 i poveri assistiti dalla Rete Banco Farmaceutico hanno raggiunto quota 427.177, con un notevole aumento (+10,6%) rispetto al 2022 e un riavvicinamento ai valori registrati nel triennio 2019-2021.

Gli assistiti con problemi di salute e in povertà economica risiedono, anche nel 2023, principalmente nelle regioni del Nord-Ovest (36% del totale) e del Nord-Est (23%), a causa della distribuzione territoriale degli enti caritativi meno presenti al Centro e Sud Italia.

Tuttavia, le regioni meridionali e insulari presentano negli ultimi anni un costante trend ascendente delle richieste di aiuto.

Sotto il profilo anagrafico, il Rapporto sottolinea tra gli assistiti la costante prevalenza:

- ▶ della componente maschile su quella femminile;
- ▶ della classe d'età adulta (18-64 anni);
- ▶ della componente straniera rispetto a quella autoctona.

Nel quinquennio 2019-2023 queste diverse componenti risultano relativamente stabili percentualmente, mentre merita particolare attenzione l'elevata numerosità degli assistiti con cittadinanza italiana (compresi tra il 46 e il 49%) i cui emerge con chiarezza l'insufficiente copertura del Ssn, in particolare per quanto riguarda la spesa farmaceutica.

La composizione della spesa farmaceutica territoriale, infatti, ha visto una costante crescita della componente privata (a carico delle famiglie) negli ultimi anni, passando dal 38,3% del totale del 2017 al 44,1% del 2022 sfiorando i 10 miliardi di euro in valore assoluto. In altri termini, tra il 2017 e il 2022 la spesa farmaceutica a carico delle famiglie è cresciuta di 1,84 miliardi di euro (+22,8%). A sostenere di tasca propria l'aumento della spesa per i farmaci sono state tutte le famiglie, comprese quelle povere, che devono pagare interamente il costo dei farmaci da banco a cui si aggiunge (salvo esenzioni) il costo dei ticket.

2.6.4 La povertà sanitaria minorile

Un aspetto rilevante della povertà sanitaria riguarda sicuramente la sua componente minorile. Su questo versante è utile far riferimento ad una ricerca con-

dotta da Irs per la Fondazione Rava. Nel rapporto di ricerca si sottolinea come «la povertà sanitaria sia strettamente connessa alla povertà economica, ma non coincide con essa». Su di essa agiscono altri elementi di grande momento soprattutto nel caso di categorie deboli come i minori: ostacoli di tipo informativo e culturale, l'eterogeneità nell'offerta di servizi e strutture sanitarie (es. servizi di neuropsichiatria infantile), tempi di attesa incompatibili «con i bisogni di diagnosi e cura e con i tempi rapidi di sviluppo dei bambini».

La survey effettuata sugli enti aderenti a In Farmacia per i Bambini nel 2019 si è focalizzata su minori in condizioni di estrema fragilità e sui loro bisogni rispetto ai quali gli enti fanno fronte con fornitura di farmaci da banco e altri prodotti per l'infanzia.

In merito agli aspetti che condizionano l'accesso e l'efficacia dei servizi sanitari con particolare riferimento ai minori in condizioni di disagio familiare e/o economico, la ricerca Irs pone l'accento sui numerosi elementi tra i quali:

- ▶ un utilizzo dei servizi sanitari con tempistiche e modalità errate (accesso eccessivo e inadeguato al Pronto Soccorso e ritardi nella presa in carico da parte dei medici specialistici);
- ▶ abuso di farmaci (somministrazione ai bambini di medicinali con impiego e dosaggio non sempre corretti);
- ▶ assenza di vaccinazioni, anche obbligatorie;
- ▶ mancato accesso alle cure odontoiatriche e oculistiche;
- ▶ difficoltà o impossibilità di accesso ai servizi neuropsichiatrici e servizi correlati (logopedia, psicomotricità, ecc.) per lunghi tempi di attesa e impossibilità di accedere privatamente a causa dei costi.

2.6.5 Povertà sanitaria: la rinuncia alle cure

L'aspetto più eclatante della povertà sanitaria è indubbiamente segnalato dall'indicatore Istat che individua i soggetti che rinunciano a visite mediche o accertamenti diagnostici ritenuti necessari in un anno a causa di problemi economici o delle caratteristiche dell'offerta di servizi (esistenza di lunghe liste d'attesa o difficoltà nell'accesso ai servizi). Pur escludendo dall'indagine le cure odontoiatriche, Istat calcola che la quota delle persone che hanno dovuto fare a meno delle cure ammonta al 7,6% dell'intera popolazione nel 2023, in aumento rispetto al 7,0% dell'anno precedente. Questo significa che circa 4,5 milioni di cittadini hanno dovuto rinunciare a visite o accertamenti per problemi economici, di lista di attesa o difficoltà di accesso. Tra le cause di questo incremento occorre ricordare le conseguenze dirette e indirette dello shock pandemico, come il recupero delle prestazioni in attesa differite per il COVID-19, la difficoltà di riorganizzare efficacemente l'assistenza sanitaria, tenuto conto dei vincoli a coprire l'aumento della domanda di prestazioni con

un adeguato numero di risorse professionali e, non ultima, la spinta inflazionistica della congiuntura economica, che ha peggiorato la facoltà di accesso ai servizi sanitari che richiedono un pagamento.

La quota della rinuncia a prestazioni sanitarie cresce all'aumentare dell'età. Nel 2023, partendo dall'1,3% rilevato tra i bambini fino ai 13 anni, la quota mostra un picco nell'età adulta tra i 55-59enni, dove raggiunge l'11,1%, per restare elevata tra gli anziani di 75 anni e più (9,8%). Tuttavia, l'incremento tra il 2022 e il 2023 riguarda solo la popolazione adulta (18-64 anni), che passa dal 7,3% all'8,4%. Si confermano le ben note differenze di genere: la quota di rinuncia è pari al 9,0% tra le donne e 6,2% tra gli uomini, con un divario che si amplia ulteriormente nell'ultimo anno per l'aumento registrato tra le donne adulte.

Sul territorio, l'incremento del 2023 rispetto all'anno precedente si concentra soprattutto al Centro (dal 7,0% all'8,8%) e al Sud (dal 6,2% al 7,3%), cosicché riemergono i differenziali geografici delle macro-aree, che si erano attutiti tra il 2020 e il 2021 e completamente annullati nel 2022: nel Centro si registra la più alta quota di rinuncia (8,8%), segue il Mezzogiorno con il 7,7%, mentre il Nord con 7,1% mantiene lo stesso livello del 2022.

Sono poche le regioni che nel 2023 tornano a livelli più bassi del 2019, mentre spiccano i casi della Sardegna che continua ad aumentarli (13,7% nel 2023), del Lazio (10,5% rispetto al 7,6% nel 2019) e delle Marche (9,7%). Nel Nord il tasso di rinuncia maggiore si registra in Piemonte con l'8,8% e in Liguria (7,8%).

Il 4,5% della popolazione complessiva nel 2023 dichiara di rinunciare a causa delle lunghe liste di attesa e il 4,2% lo fa per motivi economici. Rispetto al 2022, si consolidano quindi i noti problemi delle liste di attesa, ma cresce soprattutto la quota di chi rinuncia per motivi economici, che guadagna 1,3 punti percentuali in un solo anno.

Nel 2023, le disuguaglianze sociali nella rinuncia a prestazioni mostrano differenziali minori rispetto al periodo pre-COVID e si annullano del tutto tra gli adulti di 45-64 anni: 10,4% tra coloro che hanno solo il titolo di studio della scuola dell'obbligo e 10,6% tra chi ha conseguito almeno una laurea.

2.6.6 Il ricorso all'indebitamento per le cure mediche

Dietro la richiesta di prestiti personali alle società finanziarie e agli istituti di credito si cela sempre più spesso la necessità di far fronte a spese mediche eccessivamente onerose. Dall'analisi realizzata su un campione di oltre 400mila domande di finanziamento raccolte online da facile.it e prestiti.it, risulta che nel 2023 il valore complessivo di prestiti legati alla sanità è stato pari ad oltre un miliardo di euro (+6,6% rispetto al 2022) con un importo medio richiesto alle finanziarie o agli istituti di credito di circa 6.152 euro, leggermente in calo rispetto all'anno precedente.

La diminuzione dell'importo richiesto è legata al maggior ricorso alla sanità privata anche per visite o esami mediamente meno costosi, ma anche all'incremento dei tassi di interesse che hanno reso i finanziamenti più cari. Diminuisce invece la durata media del finanziamento, passata da 56 mesi a 50 mesi, poco più di 4 anni. Chi ha presentato domanda di prestito personale per far fronte alle spese mediche aveva, all'atto della firma, mediamente 46,5 anni, età più alta se confrontata con quella di chi richiede finanziamenti per scopi diversi e che supera di oltre 4 anni l'età media di chi si rivolge, in generale, a un Istituto di credito (42 anni). Quasi 1 domanda su 4 (24,9%) arriva da richiedenti della fascia anagrafica 45-54 anni; seguono coloro che hanno tra i 35 e i 44 anni (20,9%), e quelli di età compresa tra i 55 e i 64 anni (18,6%). Sono cifre che mettono in evidenza anche un altro trend: il ricorso alla sanità privata per far fronte ai ritardi di quella pubblica. I tempi di attesa sempre più lunghi della sanità pubblica spingono sempre di più i cittadini a rivolgersi a quella privata. E per sostenere questi costi, in molti scelgono di ricorrere a finanziamenti specifici.

2.6.7 Il mancato aggiornamento dei LEA e il nuovo nomenclatore tariffario

I livelli essenziali di assistenza costituiscono le prestazioni e i servizi che il Ssn è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione alle risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale, affinché siano garantite le condizioni di uniformità di accesso alle cure a tutti e su tutto il territorio nazionale. Dopo il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 sui i nuovi livelli essenziali di assistenza, il loro aggiornamento è avvenuto con il decreto del Ministero della salute 23 giugno 2023 sulla definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica. Questo DM aggiorna le tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica fermi, rispettivamente, al 1996 e al 1999, e definisce le tariffe per le nuove prestazioni introdotte a seguito dell'approvazione, nel 2017, dei LEA in modo che tali prestazioni siano erogate in modo uniforme su tutto il territorio nazionale.

Il nuovo nomenclatore tariffario dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, approvato nell'aprile 2023 dalla Conferenza Stato-Regioni, avrebbe dovuto entrare in vigore il 1° gennaio 2024, ma questa scadenza è stata ulteriormente rinviata al 1° gennaio 2025. Il nuovo nomenclatore provvede al necessario e atteso aggiornamento del nomenclatore disciplinato dal decreto ministeriale 22 luglio 1996, includendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed eliminando quelle ormai obsolete, introducendo procedure diagnostiche e terapeutiche innovative, ridefinendo e aggiornando gli elenchi

delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione.

Dal 2017 sono state presentate richieste di inclusione o aggiornamento delle prestazioni e dei servizi inclusi nei LEA e spetta alla «Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio Sanitario Nazionale» prendere decisioni a questo proposito. Si aspettano positive richieste di inclusione soprattutto numerose comunità di malati che richiedono da anni l'aggiornamento delle malattie definite «rare» provviste di esenzione.

Nel dicembre 2021 è entrato in vigore il Testo Unico sulle Malattie Rare. Legge n. 175 del 2021, recante «Disposizioni per la cura delle malattie rare e per il sostegno della ricerca e della produzione dei farmaci orfani», che indica, tra le sue finalità, il coordinamento e l'aggiornamento periodico dei livelli essenziali di assistenza e dell'elenco delle malattie rare. Spetta al Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia, l'aggiornamento dell'elenco delle malattie rare, nonché definire le prestazioni necessarie al trattamento delle stesse.

Il mancato riconoscimento di numerose malattie rare comporta notevoli conseguenze per i pazienti in termini di mancata esenzione dai ticket vigenti e complessivamente di partecipazione al costo dei trattamenti che spesso sono assai gravosi per le famiglie.

2.6.8 Un caso emblematico: la fibromialgia

Il primo marzo 2024 la Camera dei Deputati ha approvato una serie di mozioni presentate da diverse parti politiche per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante e il suo inserimento tra le malattie croniche previste nei LEA. Si tratta solo di un atto di indirizzo al Governo che non comporta obblighi, ma sollecita l'approvazione di uno specifico decreto di aggiornamento dei LEA.

Attualmente i dati sulla prevalenza della sindrome sono relativamente disomogenei sul territorio nazionale per le difficoltà di una diagnosi precisa e per la sottovalutazione delle sue conseguenze sanitarie, sociali ed economiche.

La fibromialgia è una sindrome dolorosa cronica caratterizzata dall'insorgere di numerosi sintomi differenti tra loro ed associata ad ulteriori disturbi come stanchezza cronica, disturbi cognitivi e alterazioni del sonno. La sindrome colpisce in Italia, secondo lo studio *Prevalence of fibromyalgia: a survey in five european countries*, tra i due e i tre milioni di persone, corrispondenti circa al 3-4 per cento dell'intera popolazione. Si tratta di una sindrome che colpisce prevalentemente le donne in età lavorativa tra i 30 e i 60 anni (80% dei malati).

Di eziopatogenesi sconosciuta e soprattutto di diagnosi non semplice da riconoscere e valutare, presenta un sintomo tipico, presente in ogni persona che

ne è affetta: il dolore cronico. A causa dei numerosi sintomi e delle limitazioni funzionali che determina, la fibromialgia presenta gravi ripercussioni in ambito relazionale e sociale e un notevole impatto in ambito lavorativo. Il non lavoro o le difficoltà nello svolgere pratiche lavorative, nonché i rilevanti costi sanitari legati alla patologia, hanno spesso gravi conseguenze di ordine economico che limitano le stesse possibilità di cura.

Non esistendo una cura specifica, infatti, la fibromialgia, in quanto malattia cronica, richiede trattamenti multidisciplinari a lungo termine, farmacologici convenzionali e non convenzionali, ossigenoterapia iperbarica e ozono terapia. Sono importanti anche approcci personalizzati per le specifiche esigenze dei pazienti: terapie antalgiche (agopuntura o criostimolazione), fitoterapiche, approccio nutraceutico e nutrizionistico, ginnastica dolce, linfo drenaggio, fisioterapia, acqua antalgica e psicoterapia. Si tratta di trattamenti molto costosi e prevalentemente in strutture non SSN e a carico delle famiglie.

In Italia diverse regioni hanno adottato norme che regolamentano alcuni aspetti di tale materia, adottando mozioni o proposte di legge in materia. Tuttavia, pur essendo iniziative apprezzabili e importanti, hanno creato una normativa frammentata.

A livello nazionale il mancato riconoscimento della sindrome fibromialgica come malattia invalidante non permette ai malati di ottenere l'esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni sanitarie, prime fra tutte quelle che ineriscono alla terapia del dolore. Inoltre, in assenza dell'inserimento nel nomenclatore del Ministero della Salute, la sindrome fibromialgica non può essere prevista come diagnosi nei tabulati di dimissione ospedaliera, con la conseguente inapplicabilità di alcuna forma di esenzione alla partecipazione alla spesa per le correlate prestazioni sanitarie, ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124.

Questo spiega la pressante richiesta delle associazioni dei malati per l'inserimento della malattia nell'elenco delle malattie croniche con esenzione incluso nel testo dei LEA.

La presenza della fibromialgia nell'elenco delle malattie croniche permetterebbe:

1. il suo pieno riconoscimento da parte del Ssn con la definizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale appropriate per il monitoraggio della malattia da concedere in regime di esenzione;
2. l'esenzione dal pagamento del ticket per le prestazioni utili al controllo e alla cura della malattia (esami, visite, terapie);
3. un'esenzione parziale o totale dal pagamento del ticket per i farmaci mutuali previsti dai piani terapeutici.

2.6.9 Considerazioni conclusive

La breve analisi delle ricerche citate in questo paragrafo finale del Capitolo OASI sulla struttura del SSN ci consente di confermare la natura complessa e circolare delle relazioni tra condizioni economiche e sociali, condizioni di salute e povertà sanitaria nel senso di difficoltà o impossibilità di accesso alle cure. A queste variabili si aggiungono inoltre condizioni specifiche del Ssn (mancato aggiornamento delle patologie croniche invalidanti e dell'elenco delle malattie rare, mancata introduzione del nuovo nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche) che accanto al grave fenomeno delle liste d'attesa hanno conseguenze rilevanti sulle condizioni di salute ed economiche di milioni di pazienti.

I dati confermano l'esistenza di una relazione circolare tra povertà di reddito e povertà di salute: la percentuale di persone in cattive o pessime condizioni di salute cresce alla diminuzione del reddito disponibile e la stessa cosa ci conferma Istat vale più in generale per la qualità della vita.

La rinuncia alle cure, il ricorso alle strutture in regime privato, la crescita della farmaceutica territoriale a carico delle famiglie, la crescita dell'indebitamento delle famiglie per motivi sanitari, la stessa mobilità tra le regioni con i costi per i cittadini sono tutti elementi da considerare, sia come concause, sia come effetti della povertà, sanitaria e non.

Rispetto a queste situazioni che indeboliscono la capacità di risposta del Ssn ai bisogni crescenti dei cittadini occorre riaffermare la natura multidimensionale della povertà che non è solo legata alle condizioni economiche degli individui e delle famiglie, ma attiene a dimensioni diverse e strettamente intrecciate di ordine culturale, educativo, abitativo, ambientale. Misure di carattere puntuale come il sostegno temporaneo al reddito devono quindi essere accompagnate da misure di carattere strutturale che devono impegnare in particolare il SSN e le sue aziende per quanto riguarda, sia le risorse economiche e umane da mobilitare, sia le tipologie di prestazioni da erogare e garantire ai cittadini, nonché la grande assente dal dibattito pubblico sulla sanità: la prevenzione come pilastro del sistema.

2.7 Glossario

Assetto istituzionale

L'assetto istituzionale delle aziende, secondo la dottrina economico-aziendale, viene inteso come l'insieme delle forme e delle regole che definiscono le modalità di rappresentanza e temperamento degli interessi che convergono sulle aziende stesse. Nelle aziende sanitarie pubbliche, i portatori di interessi istituzionali sono la collettività di riferimento e i prestatori di lavoro. La collettività di riferimento partecipa al governo dell'azienda attraverso la rappresentanza

politica. In particolare, a seguito del processo di regionalizzazione del SSN, è possibile identificare prevalentemente negli organi di governo regionali i rappresentanti della popolazione. Sono le regioni che, in qualità di capogruppo del sistema regionale⁴⁶, oltre a strutturare il proprio apparato amministrativo, devono:

1. individuare le aziende (dotate di autonomia giuridica ed economica) che compongono il «gruppo sanitario pubblico regionale»;
2. definire il sistema delle deleghe per il governo economico delle aziende (nomina degli organi di direzione di massimo livello, costituzione di organi collegiali rappresentativi dei differenti interessi, ecc.);
3. strutturare l'apparato amministrativo regionale e gli strumenti di governo del SSR;
4. delineare le politiche complessive del sistema, in termini di caratteristiche delle combinazioni economiche;
5. progettare le norme generali per l'organizzazione e il funzionamento delle aziende del gruppo.

Le regioni devono comunque rispettare la potestà legislativa statale relativa ai livelli essenziali delle prestazioni (LEA) concernenti i diritti sociali e politici (art. 117 Costituzione), con i relativi poteri sostitutivi dello Stato in caso di inadempienza delle regioni (art.120). La tutela della salute è, invece, materia a legislazione concorrente, in cui allo Stato è affidata la determinazione dei principi fondamentali (art.117). Dal combinato disposto di questi dettami costituzionali derivano forme di elaborazione condivisa della programmazione sanitaria di lungo periodo (per esempio, l'approvazione del Patto per la Salute da parte della Conferenza Stato-Regioni) e gli strumenti straordinari di ri-accentramento dei poteri in materia di tutela della Salute, come i Piani di Rientro.

Il ruolo del Direttore Generale nel SSN

Il ruolo strategico del Direttore Generale (DG) di un'azienda sanitaria pubblica è profondamente mutato nel corso degli ultimi anni in seguito alle signifi-

⁴⁶ Le regioni devono comunque rispettare la potestà legislativa statale relativa ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali e politici (art. 117 Costituzione), con i relativi poteri sostitutivi dello Stato in caso di inadempienza delle regioni (art.120). La tutela della salute è, invece, materia a legislazione concorrente, in cui allo Stato è affidata la determinazione dei principi fondamentali (art.117). Dal combinato disposto di questi dettami costituzionali derivano forme di elaborazione condivisa della programmazione sanitaria di lungo periodo (per esempio, l'approvazione del Patto per la Salute da parte della Conferenza Stato-Regioni) e gli strumenti straordinari di ri-accentramento dei poteri in materia di tutela della Salute, come i Piani di Rientro.

cative trasformazioni degli assetti istituzionali delle aziende, caratterizzate da dimensioni sempre più ampie per effetto dei processi di accorpamento. Il DG, tradizionalmente organo focalizzato sulla gestione interna, ha assunto sempre più la funzione di «gestore di reti di relazioni» con i diversi soggetti del mondo sanitario e sociosanitario (gli stakeholder dell'azienda sanitaria), al fine di generare le condizioni interne ed esterne per la realizzazione di obiettivi assegnati dalla regione⁴⁷.

Cure intermedie

Le cure intermedie sono strutture sanitarie a valenza territoriale e a garanzia della continuità delle cure tra ospedale e territorio. I pazienti target di tali moduli territoriali sono pazienti in dimissione dai reparti per acuti che hanno bisogno di consolidare le proprie condizioni fisiche o continuare il recupero funzionale, così come individui provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per proseguire le terapie ed evitare un ricovero ospedaliero (per un approfondimento sulle cure intermedie si consulti il Capitolo 15 del Rapporto OASI 2016).

2.8 Bibliografia

- Agenas (2022). «Programma Nazionale Esiti. Edizione 2022». Ministero della Salute: Roma
- Anessi Pessina E. e Cantù E. (2012), «Il modello di analisi, l'impostazione del Rapporto e i principali risultati», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, Milano, Egea.
- Buongiorno Sottoriva C., Furnari A. e Ricci A. (2021), «Configurazione dell'offerta ospedaliera nazionale: dinamiche evolutive e rimodulazioni delle principali specialità medico-chirurgiche», in *CERGAS (a cura di), Rapporto OASI 2021*, Milano, Egea.
- Cantù E. (2002), «La struttura del SSN italiano», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.
- Cuccurullo C. (2012), «Propositi, proprietà e legittimazione degli strumenti impiegati dai Piani di Rientro», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Romiti A. (2017), «Il riaccentramento nel contesto pubblico: implicazioni per il governo dei sistemi e delle aziende sanitarie», *Azienda Pubblica*, 1:13-32.

⁴⁷ Zuccatelli G., Carbone C. e Lecci F. (2009), «Trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale. Il punto di vista di un manager», Milano, Egea.

- European Observatory on Health Systems and Policies (2012), Eurohealth, Health Systems and the Financial Crisis, Vol. 18, No. 1.
- Furnari A. e Ricci A. (2016), «La rete ospedaliera per acuti del SSN alla luce dei nuovi standard ospedalieri: mappatura e potenziali di riorganizzazione», in CER GAS (a cura di), Rapporto OASI 2016, Milano, Egea.
- Gibbons L., Belizán J.M., Lauer J.A., Betrán A.P., Meriardi M., Althabe F. (2010), «The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage». World Health Report (2010). Background Paper, No. 30.
- Menn P. et al. (2012), «Direct Medical Cost of CODP – An Excess Cost Approach Based on two Population-Based Studies». Respiratory Medicine, 106:540-548.
- Peterson C.L. e Burton R. (2007), «USA healthcare spending: comparison with other OECD countries», Report for Congress. Congressional Research Service. Disponibile http://assets.opencrs.com/rpts/RL34175_20070917.pdf
- Rosano A., Loha C.A., Falvo R., van der Zee J., Ricciardi W., Guasticchi G. e de Belvis A.G. (2013), «The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review», The European Journal of Public Health, 23(3), 356-360.